

Rapport public initial

Date d'émission du rapport : 26 septembre 2024

Numéro d'inspection : 2024-1585-0004

Type d'inspection :

Plainte

Incident critique

Titulaire de permis : Municipalité régionale de Waterloo

Foyer de soins de longue durée et ville : Sunnyside Home, Kitchener

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : Les 5 et 6, du 9 au 13, du 17 au 20 et le 23 septembre 2024

L'inspection concernait :

- Le dossier : n° 00118469, le dossier : n° 00124581 lié à la chute d'une personne résidente ayant entraîné une blessure.
- Le dossier : no° 00119430 lié à l'administration de soins à une personne résidente de façon inappropriée et ayant entraîné une blessure.
- Le dossier : n° 00119737 lié à des mauvais traitements de la part d'un membre du personnel envers une personne résidente.
- Le dossier : no° 00120613 lié à une allégation de mauvais traitements envers une personne résidente ayant entraîné une blessure.
- Le dossier : no° 00121789 lié à une allégation de mauvais traitements envers une personne résidente.
- Le dossier : no° 00121846, le dossier: no° 00123371 lié à l'administration de médicaments.
- Le dossier : no° 00121854 lié à l'administration de soins à une personne résidente de façon inappropriée.
- Le dossier : n° 00122781, le dossier : no° 00123256 lié à un problème de soins administrés à une personne résidente.

Les dossiers suivants ont été remplis :

- Le dossier : no° 00119587 lié à la chute d'une personne résidente ayant entraîné une blessure.

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

Soins liés à l'incontinence
Prévention et gestion de la peau et des plaies
Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
Gestion des médicaments
Prévention et contrôle des infections
Prévention des mauvais traitements et de la négligence
Comportements réactifs
Droits et choix des personnes résidentes
Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Obligation de protéger

Problème de conformité n° 001 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 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 de la part d'une autre personne résidente.

L'article 2 du Règlement de l'Ontario 246/22 définit les mauvais traitements d'ordre physique comme « l'usage de la force physique de la part d'un résident pour causer des lésions corporelles à un autre résident. »

Justification et résumé

Une personne résidente s'est approchée d'une autre personne résidente et l'a empoignée, lui causant une blessure.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que l'autre personne résidente soit protégée

contre les mauvais traitements a entraîné une blessure.

Sources : Rapport d'incident, notes d'évolution des personnes résidentes, évaluations des personnes résidentes, entretiens avec l'infirmier autorisé ou l'infirmière autorisée (IA) et le gestionnaire adjoint des soins infirmiers.

AVIS ÉCRIT : Tenue vestimentaire

Problème de conformité n° 002 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'article 44 du Règl. de l'Ont. 246/22

Tenue vestimentaire

Art. 44. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque résident du foyer reçoive au besoin l'aide voulue pour s'habiller et à ce qu'il soit habillé de façon appropriée compte tenu du moment de la journée et de ses préférences et à ce qu'il porte des vêtements propres qui lui appartiennent et des chaussures propres appropriées.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente soit habillée de façon appropriée.

Justification et résumé

Une personne résidente a été amenée à la salle à manger sans vêtements appropriés.

La famille de la personne résidente a rendu visite à cette dernière et s'est inquiétée de la façon dont elle était habillée. La famille a dit au personnel que la personne résidente était gênée.

Les entretiens avec l'IA et le gestionnaire adjoint des soins infirmiers ont permis de constater que la personne résidente n'était pas habillée de manière appropriée au moment où elle a été emmenée à la salle à manger.

Le fait de ne pas habiller la personne résidente de manière appropriée a eu une incidence émotionnelle négative sur cette dernière et a constitué un manque de respect de sa dignité et de sa Déclaration des droits.

Sources : Rapport d'incident, notes d'évolution de la personne résidente et programme de soins, entretiens avec la PSSP, l'IA et le gestionnaire adjoint des soins infirmiers.

AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes

Problème de non-conformité n° 003 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect du : 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. Paragraphe 54 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Le titulaire de permis n'a pas mis en œuvre l'utilisation de l'équipement de prévention et de gestion des chutes pour une personne résidente.

Justification et résumé

Une personne résidente présentait un risque élevé de chutes. Le programme de soins prévoyait l'utilisation d'équipements pour réduire le risque de blessures liées aux chutes.

La personne résidente est tombée et s'est blessée. L'équipement n'était pas en place au moment de la chute.

Le gestionnaire adjoint des soins infirmiers et le personnel ont reconnu que l'équipement n'était pas utilisé au moment de la chute, et qu'il aurait dû l'être.

Sources : Rapport d'incident, programme de prévention et de gestion des chutes, l'outil « Scott Falls risk », le programme de soins de la personne résidente, l'entretien avec le gestionnaire adjoint des soins infirmiers et le personnel.

AVIS ÉCRIT : Facilitation des selles et soins liés à l'incontinence

Problème de conformité n° 004 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 56 (1) 4) du Règl. de l'Ont. 246/22

Facilitation des selles et soins liés à l'incontinence

Paragraphe 56 (1) Le programme de facilitation des selles et de soins liés à l'incontinence doit au minimum prévoir ce qui suit :

4. Des stratégies visant à maximiser l'indépendance, le confort et la dignité des résidents, notamment de l'équipement, des fournitures, des appareils et des appareils fonctionnels.

Le foyer n'a pas mis en œuvre de stratégies pour qu'une personne résidente maintienne sa continence alors qu'elle ne disposait pas de l'équipement nécessaire.

Justification et résumé

Une personne résidente présentait une altération de son intégrité cutanée et utilisait un dispositif d'aide à l'évacuation.

Le personnel a demandé à la personne résidente d'utiliser son produit d'incontinence pour l'évacuation. La personne résidente était incontinente et perturbée sur le plan émotionnel.

Le gestionnaire adjoint des soins infirmiers a déclaré que l'équipement n'était pas facilement disponible et a reconnu que la personne résidente était perturbée sur le plan émotionnel par l'incident.

Lorsqu'il n'y a pas d'équipement disponible pour assurer la continence d'une personne résidente, celle-ci subit des répercussions émotionnelles et risque de voir son intégrité cutanée altérée s'aggraver.

Sources : Examen du dossier clinique de la personne résidente, entretien avec la personne résidente et le gestionnaire adjoint des soins infirmiers.

AVIS ÉCRIT : Comportements réactifs

Problème de conformité n° 005 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 58 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Comportements réactifs

Paragraphe 58 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à l'élaboration de ce qui suit pour répondre aux besoins des résidents qui affichent des comportements réactifs :

1. Des méthodes écrites en matière de soins, notamment des protocoles de dépistage, des évaluations, des réévaluations et l'identification des comportements déclencheurs pouvant donner lieu à des comportements réactifs, notamment sur le plan cognitif, physique, affectif, social ou environnemental.
2. Des stratégies écrites, notamment des techniques et des mesures d'intervention, pour prévenir ou réduire au minimum les comportements réactifs ou pour y réagir.
3. Des protocoles permettant de surveiller les résidents et de présenter des rapports internes.
4. Des protocoles permettant de diriger les résidents vers des ressources spécialisées au besoin.

Le titulaire de permis n'a pas respecté son programme de comportements réactifs lorsqu'une personne résidente a manifesté un nouveau comportement réactif à risque élevé ou un comportement qui s'est aggravé.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, si la Loi ou le présent règlement exige que le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée ait, établisse ou par ailleurs mette en place un plan, une politique, un protocole, un

programme, une marche à suivre, une stratégie, une initiative ou un système, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que ceux-ci soient respectés.

Plus précisément, le foyer ne s'est pas conformé à la politique du programme de comportements réactifs du titulaire de permis. La politique stipule que lorsque le comportement réactif d'une personne résidente est considéré comme étant à risque élevé, nouveau ou s'aggravant, le personnel doit avertir le médecin ou l'infirmier praticien ou l'infirmière praticienne, consulter le gestionnaire adjoint des soins ou le gestionnaire de réserve, informer le mandataire spécial et assigner un pendentif de code blanc. Lorsque la situation a été jugée stable, le personnel devait achever la gestion des risques, remplir l'outil « Confusion Assessment Method (CAM) » d'évaluation de la confusion et actualiser le plan de soins.

Justification et résumé

Une personne résidente a manifesté un comportement réactif s'aggravant à l'égard du personnel, puis à nouveau à l'égard d'une autre personne résidente quelques jours plus tard.

Le gestionnaire adjoint des soins infirmiers a déclaré que l'aggravation du comportement réactif de la personne résidente présentait un risque élevé et qu'il s'était déjà produit à d'autres occasions, et a reconnu que les politiques du programme de comportements réactifs n'avaient pas été mises en œuvre.

Il y avait un risque de préjudice pour les personnes résidentes lorsque le personnel n'a pas mis en œuvre toutes les procédures liées à l'escalade, au nouveau comportement et/ou aux comportements réactifs à risque élevé de la personne résidente au moment où il a été observé.

Sources : Examen du dossier clinique de la personne résidente, entretiens avec le gestionnaire adjoint des soins infirmiers, l'IAA, la PSSP, examen de la politique du programme de comportements réactifs.

AVIS ÉCRIT : Administration des médicaments

Problème de conformité n° 006 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 140 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Administration des médicaments

Paragraphe 140 (2) Le titulaire de permis veille à ce que les médicaments soient administrés aux résidents conformément au mode d'emploi précisé par le prescripteur. Paragraphe 140 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un traitement médical soit administré à une personne résidente conformément au mode d'emploi précisé par le prescripteur.

Justification et résumé

A) Une personne résidente s'est vu prescrire un traitement médical, ainsi que des directives pour le suivi de son efficacité.

Sur une période de quatre mois, la famille de la personne résidente a fait part de ses préoccupations concernant l'administration du traitement.

L'IA a vérifié les préoccupations liées au traitement de la personne résidente et a déclaré qu'il n'y avait pas d'effet néfaste pour la personne résidente.

Le gestionnaire adjoint des soins infirmiers a reconnu les préoccupations liées au traitement prescrit à la personne résidente.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que la personne résidente reçoive le traitement nécessaire conformément au mode d'emploi indiqué par le prescripteur a mis la personne résidente en danger de souffrir d'autres problèmes de santé.

Sources : Rapport d'incident, notes d'évolution de la personne résidente, programme de soins, eMAR, poids et signes vitaux, enquête du foyer, entretiens avec le gestionnaire adjoint des soins infirmiers et le personnel.

B) Une personne résidente avait des antécédents de maladie et on lui a prescrit un traitement médical, y compris des directives pour le suivi de son efficacité.

À plusieurs reprises, les directives requises pour le traitement n'ont pas été

respectées conformément aux ordonnances du prescripteur.

L'IA a reconnu qu'il y avait eu des problèmes liés au traitement prescrit à la personne résidente et qu'il y avait eu des problèmes d'administration du traitement. L'IA a indiqué que sans le traitement, la personne résidente présentait des effets néfastes.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que la personne résidente reçoive son traitement médical conformément aux ordonnances du prescripteur l'a exposée à des risques d'effets néfastes sur sa santé.

Sources : Plainte, notes d'évolution, programme de soins, entretiens avec le gestionnaire adjoint des soins infirmiers et l'IA.

C) Une personne résidente recevait un traitement médical à des fins palliatives.

Une observation a montré que la personne résidente ne recevait pas le traitement prescrit.

L'IAA a reconnu que le traitement prescrit à la personne résidente n'était pas administré et qu'il aurait dû l'être.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que la personne résidente reçoive le traitement médical prescrit l'a exposée à des risques d'effets néfastes sur sa santé.

Sources : observation, programme de soins, eMAR, entretiens avec le gestionnaire adjoint des soins infirmiers et l'IA