

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 Centre-Ouest

609, rue Kumpf, bureau 105
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

Rapport public modifié Page couverture (M1)

Date d'émission du rapport modifié : 11 février 2025

Date d'émission du rapport initial : 20 janvier 2025

Numéro d'inspection : 2024-1094-0004 (M1)

Type d'inspection :

Plainte
Incident critique

Titulaire de permis : Lutheran Homes Kitchener-Waterloo

Foyer de soins de longue durée et ville : Trinity Village Care Centre, Kitchener

RÉSUMÉ D'INSPECTION MODIFIÉ

Ce rapport a été modifié pour :

Les modifications apportées comprenaient : Problème de conformité n° 008 –
numéro de la personne résidente

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 Centre-Ouest

609, rue Kumpf, bureau 105
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

Rapport public modifié (M1)

Date d'émission du rapport modifié : 11 février 2025

Date d'émission du rapport initial : 20 janvier 2025

Numéro d'inspection : 2024-1094-0004 (M1)

Type d'inspection :

Plainte
Incident critique

Titulaire de permis : Lutheran Homes Kitchener-Waterloo

Foyer de soins de longue durée et ville : Trinity Village Care Centre, Kitchener

RÉSUMÉ D'INSPECTION MODIFIÉ

Ce rapport a été modifié pour :

Les modifications apportées comprenaient : Problème de conformité n° 008 – numéro de la personne résidente

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : les 5, 6, 9, 10, 12 et 13, du 17 au 20 et le 23 décembre 2024

L'inspection concernait :

- Demande n° 00126722 – Plainte portant sur des préoccupations concernant les soins à une personne résidente.
- Demande n° 00127076 – 2580-000069-24 – Administration de soins de façon inappropriée à une personne résidente ayant entraîné une blessure.
- Demande n° 00129481 – 2580-000074-24 – Écllosion d'infection aiguë des voies respiratoires (COVID) dans une aire.
- Demande n° 00130431 – 2580-000078-24 – Négligence envers

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 Centre-Ouest

609, rue Kumpf, bureau 105
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

une personne résidente de la part du personnel en rapport avec les soins liés à l'incontinence.

- Demande n° 00130821 – 2580-000080-24 – Écllosion d'infection aiguë des voies respiratoires (COVID) dans une aire.
- Demande n° 00131196 – 2580-000081-24 – Mauvais traitements d'ordre physique envers une personne résidente de la part du personnel.
- Demande n° 00131341 – Plainte portant sur des préoccupations concernant les soins à une personne résidente.
- Demande n° 00131657 – 2580-000082-24 – Mauvais traitements d'ordre verbal et physique envers une personne résidente de la part du personnel.
- Demande n° 00131883 – 2580-000083-24 – Chute sans témoins d'une personne résidente ayant entraîné une blessure.
- Demande n° 00133741 – 2580-000088-24 – Allégation de négligence envers une personne résidente de la part du personnel.

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

Prévention et gestion relatives aux soins de la peau et des plaies
Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
Alimentation, nutrition et hydratation
Prévention et contrôle des infections
Prévention des mauvais traitements et de la négligence
Comportements réactifs
Rapports et plaintes
Soins palliatifs
Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION MODIFIÉS

Problème de conformité corrigé

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 Centre-Ouest

609, rue Kumpf, bureau 105
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

Un **problème de conformité** a été constaté lors de cette inspection et a été **corrigé** par le titulaire de permis avant la fin de l'inspection. L'inspectrice ou l'inspecteur a estimé que le problème de conformité répondait à l'intention du paragraphe 154 (2) et ne nécessitait pas d'action supplémentaire.

Problème de conformité n° 001 corrigé en vertu du paragraphe 154 (2) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de l'alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Prévention et contrôle des infections

Paragraphe 102 (2) Le titulaire de permis met en œuvre ce qui suit :

b) les normes ou protocoles que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 102 (2).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les normes que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections (PCI) soient mises en œuvre. Plus particulièrement, des politiques et des procédures écrites pour le nettoyage et la désinfection des aires réservées aux clients/patients/personnes résidentes et de l'équipement, comprenant : des procédures de nettoyage et de désinfection de routine (quotidiennes, par exemple).

Le foyer n'a pas veillé à mettre en place des procédures et politiques pour que le personnel nettoie et désinfecte les surfaces fréquemment touchées, au moins une fois par jour, en utilisant au minimum un désinfectant de faible niveau.

Justification et résumé

La gestionnaire des services environnementaux a indiqué que la politique du foyer en matière de nettoyage et de désinfection des chambres des personnes résidentes ne précisait pas à quelle fréquence les surfaces fréquemment touchées devaient être nettoyées.

En ne veillant pas à élaborer une politique dictant les procédures de désinfection des surfaces fréquemment touchées dans les chambres des personnes résidentes, le

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 Centre-Ouest

609, rue Kumpf, bureau 105
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

foyer de soins de longue durée a exposé celles-ci à un risque d'infection.

La politique a été mise à jour pour préciser que les surfaces fréquemment touchées doivent être nettoyées quotidiennement dans les chambres des personnes résidentes.

Sources : Entretien avec la gestionnaire des services environnementaux, manuel des services environnementaux et *Pratiques exemplaires de nettoyage de l'environnement en vue de la prévention et du contrôle des infections dans tous les milieux de soins de santé*, 3^e édition, avril 2018, de Santé publique Ontario.

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : 19 décembre 2024

AVIS ÉCRIT : Obligation du titulaire de permis de se conformer au programme

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

Non-respect : du paragraphe 6 (7) de la *LRSLD* (2021)

Programme de soins

Paragraphe 6 (7) Le titulaire de permis veille à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis au résident, tel que le précise le programme.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins de la personne résidente lui soient fournis tel que le précise le programme.

Justification et résumé

Une plainte a été déposée auprès du directeur concernant l'incapacité du foyer à mettre en œuvre les interventions en cas de chute d'une personne résidente.

L'auteur de la plainte a fourni des photos montrant la personne résidente dans son lit, les tapis de chute appuyés contre le mur.

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 Centre-Ouest

609, rue Kumpf, bureau 105
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

Le programme de soins de la personne résidente indiquait que des tapis de chute devaient être placés de chaque côté du lit lorsque la personne résidente était couchée. Un entretien a permis de confirmer les soins prévus dans le programme de soins et le fait que, sur les photos, les tapis de chute ne se trouvaient pas sur le sol, alors que la personne résidente était au lit, et que cela n'était pas conforme au programme de soins de la personne résidente.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que le programme de soins de la personne résidente soit respecté a exposé celle-ci à un risque modéré de chute.

Sources : Photos fournies par l'auteur de la plainte, programme de soins de la personne résidente et entretiens avec deux membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Documentation

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

Non-respect : de la disposition 1 du paragraphe 6 (9) de la *LRSLD* (2021)

Programme de soins

Paragraphe 6 (9) Le titulaire de permis veille à ce que les éléments suivants soient documentés :

1. La prestation des soins prévus dans le programme de soins.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la prestation des soins prévus dans le programme de soins de la personne résidente soit documentée.

Justification et résumé

La documentation dans l'application Point of Care du mois de novembre 2024 montre que 38 des 60 possibilités de collation de la personne résidente ont été consignées comme étant « sans objet ».

Un membre du personnel a déclaré que la personne résidente dormait pendant les collations du matin, c'est pourquoi les collations de la personne résidente portent la

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 Centre-Ouest

609, rue Kumpf, bureau 105
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

mention « sans objet » dans l'application Point of Care.

La directrice des soins a déclaré qu'il existait de meilleures façons de documenter les collations.

En ne veillant pas à documenter la prise de collation de la personne résidente, le personnel a exposé celle-ci à un risque nutritionnel.

Sources : Entretien avec le personnel, enquête sur la documentation de la personne résidente et politique du foyer concernant la consignation des notes au dossier dans l'application Point of Care (*Charting for POC Policy*).

AVIS ÉCRIT : Obligation de protéger

Problème de conformité n° 004 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 protégé une personne résidente contre des mauvais traitements d'ordre physique de la part du personnel.

Aux fins de la Loi et du présent règlement, on entend par « mauvais traitements d'ordre physique » 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

En prodiguant des soins à la personne résidente, un membre du personnel a frappé

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 Centre-Ouest

609, rue Kumpf, bureau 105
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

celle-ci sur le corps avec la main ouverte. Le personnel, témoin de l'incident, a déclaré que le geste correspondait à ce qu'on entend par « mauvais traitements d'ordre physique ». À la suite d'une enquête interne, la directrice des soins n° 101 a déclaré que l'incident avait été considéré comme un cas de mauvais traitements d'ordre physique par le foyer.

Le fait de ne pas avoir protégé la personne résidente des mauvais traitements d'ordre physique de la part du personnel aurait pu donner lieu à un risque de préjudice pour la personne résidente.

Sources : Rapport du Système de rapport d'incidents critiques (SIC) n° 2580-000082-24, notes d'enquête du foyer, entretiens avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

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 25 (1) de la *LRSLD* (2021)

Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

Paragraphe 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 de permis n'a pas veillé à ce que sa politique écrite visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes soit respectée vis-à-vis de la personne résidente n° 001. Plus précisément, la politique du foyer en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes (*Resident Abuse/Neglect*) exigeait du personnel qu'il signale immédiatement au gestionnaire de garde tout incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitements.

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 Centre-Ouest

609, rue Kumpf, bureau 105
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

Justification et résumé

En novembre 2024, un membre du personnel a été informé d'une allégation de mauvais traitements à l'égard d'une personne résidente et n'a pas immédiatement signalé l'incident au gestionnaire de garde. Au lieu de cela, le membre du personnel a fait parvenir un courriel à la direction, qui n'en a pris connaissance que le lendemain.

La directrice des soins a confirmé que le membre du personnel aurait dû suivre la politique du foyer en matière de mauvais traitements et appeler le gestionnaire de garde ce jour-là. Elle a également déclaré que, si la direction avait été informée de l'allégation le soir même, le membre du personnel aurait été immédiatement renvoyé chez lui pendant l'enquête, comme l'exige la politique du foyer.

En ne respectant pas la politique du foyer en matière de mauvais traitements, le membre du personnel a fait en sorte que la direction ne soit pas immédiatement informée de l'allégation de mauvais traitements, exposant ainsi la personne résidente à un risque, car son collègue a continué à s'occuper d'elle pendant le reste de son quart de travail.

Sources : Examen du dossier clinique de la personne résidente, politique du foyer en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes (*Resident Abuse/Neglect*), PM A1.10, révisée en janvier 2024, et entretien avec la directrice des soins.

AVIS ÉCRIT : Obligation du titulaire de permis d'enquêter, de répondre et d'agir

Problème de conformité n° 006 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de l'alinéa 27 (1) b) de la *LRSLD* (2021)

Obligation du titulaire de permis d'enquêter, de répondre et d'agir

Paragraphe 27 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à

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 Centre-Ouest

609, rue Kumpf, bureau 105
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

ce qui suit :

b) les mesures appropriées sont prises en réponse à chaque incident;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel prenne les mesures appropriées en réponse à un incident allégué de mauvais traitements à l'égard d'une personne résidente, à la suite de son signalement par la famille de cette dernière.

Justification et résumé

En novembre 2024, un membre de la famille de la personne résidente, après avoir observé un membre du personnel prodiguer des soins de manière brutale à cette dernière, a signalé l'incident à un autre membre du personnel, qui en a fait part à un troisième collègue. Le membre de la famille a signalé des ecchymoses d'origine inconnue sur les bras de la personne résidente.

Aucune évaluation de la personne résidente n'a été consignée le jour de l'incident, en rapport avec cet événement.

La directrice des soins a indiqué qu'une personne résidente doit être évaluée par un membre du personnel autorisé immédiatement après une allégation de mauvais traitements.

En ne procédant pas à une évaluation de la personne résidente au moment où l'incident a été signalé, le personnel autorisé a exposé la personne résidente au risque de voir des douleurs ou des blessures non traitées par le personnel.

Sources : Dossier clinique de la personne résidente, entretien avec la famille de la personne résidente et la directrice des soins.

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

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 Centre-Ouest

609, rue Kumpf, bureau 105
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

Problème de conformité n° 007 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de la disposition 2 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 :

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.

A) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer signale immédiatement au directeur l'allégation de négligence.

Justification et résumé

Conformément au paragraphe 154 (3) de la *LRSLD* (2021), le titulaire de permis est responsable du fait d'autrui pour les membres du personnel qui ne se conforment pas à la disposition 2 du paragraphe 28 (1).

À une date inconnue de mai 2024, un membre du personnel a observé un collègue frapper une personne résidente sur le corps avec la main ouverte. Selon la directrice des soins, le personnel n'a pas signalé l'incident comme il se doit, et la direction n'en a été informée qu'en novembre 2024, lorsque le signalement de l'incident a été effectué au service d'assistance téléphonique ouvert après les heures de bureau.

En ne veillant pas à ce que tous les membres du personnel signalent immédiatement toute allégation de mauvais traitements, le titulaire de permis a empêché le foyer de procéder à une enquête en temps voulu et de réagir en conséquence.

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 Centre-Ouest

609, rue Kumpf, bureau 105
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

Sources : Rapport du SIC 2580-000082-24, entretiens avec le personnel et la directrice des soins.

B) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une allégation de mauvais traitements envers la personne résidente n° 001 soit signalée immédiatement au directeur.

Justification et résumé

En novembre 2024, un membre de la famille d'une personne résidente a signalé à un membre du personnel qu'il avait observé un collègue de ce dernier en train de prodiguer des soins de manière brutale à la personne résidente. Le membre du personnel en a alors fait part à un collègue, qui a envoyé un courriel au gestionnaire de garde pour l'informer de cette allégation. Le gestionnaire de garde n'a pris connaissance de ce courriel que le lendemain.

La directrice des soins a déclaré que les soins prodigués de manière brutale à une personne résidente seraient considérés comme des mauvais traitements, qu'ils soient allégués, soupçonnés ou observés, et que le directeur aurait dû être informé de l'allégation en novembre 2024.

Le fait de ne pas avoir signalé immédiatement au directeur l'allégation de mauvais traitements de la part du personnel pourrait avoir empêché le directeur de répondre à l'incident en temps voulu.

Sources : Incident critique n° 2580-000081-24 et entretien avec la directrice des soins.

**AVIS ÉCRIT : Programme de soins provisoire élaboré dans
les 24 heures d'une admission**

Problème de conformité n° 008 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

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 Centre-Ouest

609, rue Kumpf, bureau 105
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

Non-respect : de la disposition 1 du paragraphe 27 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programme de soins provisoire élaboré dans les 24 heures d'une admission

Paragraphe 27 (2) Le programme de soins provisoire doit identifier le résident et doit comprendre au minimum les renseignements suivants à son sujet :

1. Les risques qu'il peut courir, notamment les risques de chute, ainsi que les interventions nécessaires pour les atténuer.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins identifie la personne résidente et comprenne au minimum les renseignements suivants à son sujet : Les risques qu'il peut courir, notamment les risques de chute, ainsi que les interventions nécessaires pour les atténuer.

Justification et résumé

La personne résidente a été admise au foyer en novembre 2024. Les notes d'évolution de la personne résidente à la date de son admission indiquaient qu'elle courait un risque de chute modéré et qu'elle était déjà tombée du lit à une occasion.

En novembre 2024, la personne résidente a elle-même signalé sa chute et on l'a transférée à l'hôpital où elle a été admise pour une fracture de la hanche gauche.

Un membre du personnel a reconnu qu'aucune intervention n'avait été mise en place pour la personne résidente lorsqu'il a été déterminé qu'elle présentait un risque de chute.

Comme le programme de soins provisoire élaboré dans les 24 heures d'une admission ne comprenait pas les risques de chute que la personne résidente présentait pour elle-même, les interventions nécessaires pour atténuer ces risques n'ont pas été établies, ce qui a exposé la personne résidente à des risques de blessures.

Sources : Rapport du SIC n° 2580-000083-24, examen de l'évaluation du risque

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 Centre-Ouest

609, rue Kumpf, bureau 105
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

de chute, programme de soins provisoire élaboré dans les 24 heures d'une admission, notes d'évolution de la personne résidente et entretien avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Soins personnels

Problème de conformité n° 009 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de l'article 36 du Règl. de l'Ont. 246/22

Soins personnels

Article 36. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque résident du foyer reçoive tous les jours des soins personnels individualisés, notamment les soins d'hygiène et le toilettage.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins individualisé de la personne résidente soit respecté, particulièrement en ce qui concerne les soins personnels, notamment les soins d'hygiène et le toilettage, au quotidien.

Justification et résumé

Une plainte a été déposée auprès du directeur concernant des préoccupations relatives aux soins personnels de la personne résidente. Des photos ont été fournies par l'auteur de la plainte, lesquelles montraient que ces soins n'avaient pas été prodigués, certains jours de novembre 2024.

Le programme de soins de la personne résidente indiquait qu'elle devait recevoir de l'aide quotidiennement pour faire sa toilette et s'habiller, une aide dont elle avait besoin pour accomplir ces tâches.

L'entretien avec un membre du personnel a confirmé que la personne résidente devait faire sa toilette tous les jours, ce qui ne semblait pas être le cas sur les photos. Le membre du personnel a également confirmé que la personne résidente devait être habillée et munie de son équipement quotidiennement, et qu'elle n'était

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 Centre-Ouest

609, rue Kumpf, bureau 105
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

pas habillée sur la photo.

Le fait de ne pas fournir des soins personnalisés à la personne résidente pour l'habiller et faire sa toilette peut nuire à son confort, à sa dignité et à son bien-être.

Sources : Photos de la personne résidente fournies par l'auteur de la plainte, programme de soins de la personne résidente, enquête documentaire sur la personne résidente et entretien avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Comportements réactifs

Problème de conformité n° 010 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de l'alinéa 58 (4) b) 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 :

b) des stratégies sont élaborées et mises en œuvre pour réagir à ces comportements, dans la mesure du possible;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soient élaborées et mises en œuvre des stratégies pour réagir aux comportements de déambulation affichés par la personne résidente.

Justification et résumé

Le rapport du SIC indique que la personne résidente a été trouvée par un membre du personnel sur le sol de son unité, dans l'entrée de la chambre d'une personne résidente. La personne résidente a subi une lacération qui a donné lieu à son transfert à l'hôpital.

Le programme de soins de la personne résidente mentionnait que celle-ci devait faire l'objet d'une étroite surveillance par le personnel pour assurer sa sécurité.

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 Centre-Ouest

609, rue Kumpf, bureau 105
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

Selon le rapport du système d'alarme produit à la date de l'incident, le dispositif d'alarme en cas de déambulation de la personne résidente a été activé. Le membre du personnel a découvert la personne résidente sur le sol de la chambre d'une personne résidente alors qu'il passait par là.

La directrice des soins a déclaré que l'alarme était restée sans réponse pendant plus de 15 minutes.

Le fait de ne pas répondre aux stratégies et aux interventions prévues dans le programme de soins a eu des répercussions sur la personne résidente et l'a exposée à un risque de préjudice.

Sources : Incident critique n° 2580-000069-24, politique « Omni go », de mars 2022 et révisée en décembre 2024, programme de soins de la personne résidente, notes d'enquête, entretiens avec le personnel et la directrice des soins.

AVIS ÉCRIT : Soins palliatifs

Problème de conformité n° 011 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de l'alinéa 61 (4) a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Soins palliatifs

Paragraphe 61 (4) Le titulaire de permis veille à ce que, compte tenu de l'évaluation des besoins du résident en matière de soins palliatifs, les options en matière de soins palliatifs mises à la disposition du résident comprennent au moins ce qui suit :

a) des améliorations de la qualité de vie;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les options de soins palliatifs mises à la disposition de la personne résidente comprennent, au moins, des améliorations de la qualité de vie en tournant la personne résidente ou en la changeant de position pendant les soins palliatifs.

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 Centre-Ouest

609, rue Kumpf, bureau 105
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

Justification et résumé

Le programme de soins de la personne résidente ne prévoyait pas de directives pour tourner la personne résidente ou la changer de position dans le cadre des soins palliatifs.

Dans le dossier sur les soins palliatifs de la personne résidente, on ne trouve aucune mention, pendant 7 heures et 45 minutes consécutives, du fait que la personne résidente a été tournée et changée de position. D'autres soins, tels que les soins buccodentaires, ont été consignés pendant cette période. Aucun document n'atteste que la personne résidente a reçu les soins visant à la tourner et à la changer de position pendant cette période.

Un membre du personnel a déclaré que le fait de tourner les personnes résidentes et de les changer de position est partie intégrante des programmes de soins palliatifs et que cela est important pour prévenir la détérioration de la peau. Le membre du personnel a indiqué qu'il fallait tourner les personnes résidentes et les changer de position au moins toutes les deux heures.

Un membre du personnel a déclaré que la réalisation des changements de position par les personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP) est documentée dans le dossier sur les soins palliatifs.

Le fait, pour le titulaire de permis, de ne pas veiller à ce que le personnel mette en œuvre l'option de soins palliatifs consistant à tourner la personne résidente et à la changer de position a pu contribuer à accroître la sensation d'inconfort de celle-ci.

Sources : Programme de soins de la personne résidente, ordonnances de soins en fin de vie, dossier de soins palliatifs et entretiens avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Respect des politiques et dossiers

Problème de conformité n° 012 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du

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 Centre-Ouest

609, rue Kumpf, bureau 105
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de l'alinéa 61 (4) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Soins palliatifs

Paragraphe 61 (4) Le titulaire de permis veille à ce que, compte tenu de l'évaluation des besoins du résident en matière de soins palliatifs, les options en matière de soins palliatifs mises à la disposition du résident comprennent au moins ce qui suit :

b) la gestion des symptômes;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'infirmière gestionnaire, puis le coordonnateur des soins aux personnes résidentes soient informés de préoccupations liées aux évaluations de la douleur.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis est tenu de mettre à la disposition de la personne résidente des options de soins palliatifs, notamment la gestion des symptômes.

Plus précisément, le titulaire de permis n'a pas respecté la politique du foyer sur la gestion de la douleur intitulée « Pain Management : Pain and Palliative Committee » (gestion de la douleur : comité sur la douleur et les soins palliatifs), qui stipule qu'à l'issue des évaluations de la douleur, l'infirmière gestionnaire sera immédiatement informée de toute préoccupation soulevée et de tout renvoi au coordonnateur des soins aux personnes résidentes dans PointClickCare.

Justification et sources

La personne résidente a reçu un médicament contre la douleur à prendre au besoin dans le cadre des soins en fin de vie. Le personnel a consigné l'intervention comme étant inefficace dans le registre électronique d'administration des médicaments de la personne résidente. Aucune note d'évolution n'indique que le personnel a fait part de cette préoccupation à l'infirmière gestionnaire. Un entretien avec le personnel a confirmé que cette information n'avait pas été communiquée à l'infirmière gestionnaire.

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 Centre-Ouest

609, rue Kumpf, bureau 105
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

La politique du foyer en matière de gestion de la douleur stipule qu'à l'issue des évaluations de la douleur, l'infirmière gestionnaire sera immédiatement informée de toute préoccupation soulevée et de tout renvoi au coordonnateur des soins aux personnes résidentes dans PointClickCare.

En ne respectant pas la politique du foyer, les interventions appropriées n'ont pas été effectuées pour gérer les symptômes de la personne résidente.

Sources : Les notes d'évolution et le registre électronique d'administration des médicaments de la personne résidente, politique sur la gestion de la douleur, et entretien avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

Problème de conformité n° 013 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de l'alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programme de prévention et de contrôle des infections

Paragraphe 102 (2) Le titulaire de permis met en œuvre ce qui suit :

b) les normes ou protocoles que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 102 (2).

Conformément à la section 5.6 de la *Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée*, révisée en septembre 2023, le titulaire de permis s'assure que les surfaces sont nettoyées à la fréquence exigée.

Plus précisément, le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les surfaces fréquemment touchées dans les chambres des personnes résidentes soient nettoyées et désinfectées tous les jours.

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 Centre-Ouest

609, rue Kumpf, bureau 105
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

Justification et résumé

L'inspectrice ou l'inspecteur a observé qu'un membre du personnel n'avait pas nettoyé les surfaces fréquemment touchées qui suivent, dans la chambre d'une personne résidente : les côtés de lit, la sonnette d'appel et les tables de bout. Le personnel a déclaré que ces surfaces sont nettoyées une fois par semaine lors du « nettoyage en profondeur » de la chambre, et si elles sont visiblement sales.

Le fait de ne pas nettoyer quotidiennement les surfaces fréquemment touchées dans les chambres des personnes résidentes peut augmenter le risque de transmission d'infections.

Sources : Observations en décembre 2024 et entretien avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Avis : incidents

Problème de conformité n° 014 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : du paragraphe 104 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Avis : incidents

Paragraphe 104 (2) Le titulaire de permis veille à ce que le résident et son mandataire spécial, s'il en a un, soient avisés des résultats de l'enquête exigée en application du paragraphe 27 (1) de la Loi et ce, dès la fin de l'enquête.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le mandataire spécial de la personne résidente n° 001 soit informé des résultats de l'enquête du foyer dès la fin de celle-ci.

Justification et résumé

Un membre de la famille d'une personne résidente, après avoir observé un membre du personnel en train de prodiguer des soins de manière brutale à celle-ci en novembre 2024, a signalé verbalement l'incident à un membre du personnel

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 Centre-Ouest

609, rue Kumpf, bureau 105
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

infirmier et en a fait part à la directrice des soins par courrier électronique. Celle-ci a reçu cette correspondance le lendemain et a répondu au membre de la famille qu'elle allait effectuer une enquête et qu'elle l'aviserait des résultats dès la fin de celle-ci.

Le membre de la famille de la personne résidente a déclaré qu'à part cette première réponse de la directrice des soins, il n'avait pas été contacté depuis.

La directrice des soins a confirmé qu'elle n'avait pas effectué de suivi auprès du membre de la famille de la personne résidente et qu'elle ne l'avait pas informé des résultats de l'enquête.

En ne communiquant pas au membre de la famille de la personne résidente les résultats de l'enquête interne du foyer, on ne lui a pas donné l'assurance que l'incident avait été résolu ni que le membre du personnel ne s'occupait plus de la personne résidente, comme il l'avait demandé.

Sources : Communication par courriel entre le membre de la famille de la personne résidente et la directrice des soins en novembre 2024, et entretiens avec le membre de la famille de la personne résidente et la directrice des soins.

AVIS ÉCRIT : Avis : police

Problème de conformité n° 015 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

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

Avis : police

Article 105 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le service de police concerné soit immédiatement avisé de tout incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitements ou de négligence envers un résident s'il soupçonne que l'incident constitue une infraction criminelle. Règl. de l'Ont. 246/22, art. 105 et par. 390 (2).

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 Centre-Ouest

609, rue Kumpf, bureau 105
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le service de police concerné soit immédiatement avisé de tout incident allégué de mauvais traitements de la part du personnel envers une personne résidente qu'il soupçonne de constituer une infraction criminelle.

Justification et résumé

Un membre de la famille d'une personne résidente, après avoir observé un membre du personnel en train de prodiguer des soins de manière brutale à celle-ci en novembre 2024, a signalé verbalement l'incident à un autre membre personnel et en a fait part à la directrice des soins par courrier électronique.

L'incident critique (IC) présenté au directeur n'indique pas que le service de police a été avisé de l'incident allégué.

La directrice des soins a indiqué que le service de police devait être immédiatement avisé de tout incident allégué de mauvais traitements, en fonction de la nature de l'incident, et qu'une allégation selon laquelle le personnel prodiguait des soins de manière brutale à une personne résidente serait considérée comme un cas de mauvais traitements. Elle a confirmé que le service de police n'avait été avisé de cette allégation que deux jours plus tard. Elle a également déclaré qu'étant donné la nature des faits rapportés par le membre de la famille de la personne résidente, elle estimait qu'ils devaient être signalés au service de police.

En omettant d'avertir le service de police sur-le-champ, ce dernier n'a pas eu la possibilité d'ouvrir son enquête immédiatement après l'incident.

Sources : Incident critique n° 2580-000081-24 et entretien avec la directrice des soins.

AVIS ÉCRIT : Exigences supplémentaires : article 26 de la Loi

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 Centre-Ouest

609, rue Kumpf, bureau 105
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

Problème de conformité n° 016 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : du paragraphe 109 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Exigences supplémentaires : article 26 de la Loi

Paragraphe 109 (1) La plainte que le titulaire de permis est tenu de transmettre immédiatement au directeur en application de l'alinéa 26 (1) c) de la Loi est une plainte alléguant un préjudice ou risque de préjudice, notamment, un préjudice physique à un ou plusieurs résidents.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une plainte alléguant un préjudice ou un risque de préjudice pour une personne résidente soit immédiatement transmise au directeur.

Justification et résumé

En novembre 2024, un membre de la famille d'une personne résidente a signalé à un membre du personnel qu'il avait observé un collègue de ce dernier en train de prodiguer des soins de manière brutale à la personne résidente. Le jour même, le membre de la famille de la personne résidente a également signalé l'allégation directement à la directrice des soins par courrier électronique. La directrice des soins a reçu cette correspondance le lendemain, mais n'a pas transmis la plainte au directeur comme prévu.

La directrice des soins a déclaré qu'elle avait uniquement signalé l'allégation à titre d'IC en rapport avec des mauvais traitements.

En ne transmettant pas la plainte écrite faisant état d'un préjudice ou d'un risque de préjudice présumé pour la personne résidente, elle n'a pas fourni au directeur toutes les informations nécessaires relatives à l'incident pour qu'il puisse les examiner.

Sources : Communication par courriel entre le membre de la famille de la personne résidente et la directrice des soins en novembre 2024, et entretien avec la directrice

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 Centre-Ouest

609, rue Kumpf, bureau 105
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

des soins.