

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 Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Rapport public modifié Page couverture (A1)

Date d'émission du rapport modifié : 18 octobre 2024

Date d'émission du rapport initial : 16 octobre 2024

Numéro d'inspection : 2024-1339-0002 (A1)

Type d'inspection :

Incident critique

Suivi

Titulaire de permis : Schlegel Villages Inc.

Foyer de soins de longue durée et ville : Le village de Tansley Woods, Burlington

RÉSUMÉ D'INSPECTION MODIFIÉE

Ce rapport a été modifié pour tenir compte de l'ordonnance n° 001 de l'inspection n° 2024-1339-0001 relative à l'alinéa 161 (2) c) du Règlement de l'Ontario 246/22, qui a été respectée.

Rapport public modifié (A1)

Date d'émission du rapport modifié : 18 octobre 2024

Date d'émission du rapport initial : 16 octobre 2024

Numéro d'inspection : 2024-1339-0002 (A1)

Type d'inspection :

Incident critique

Suivi

Titulaire de permis : Schlegel Villages Inc.

Foyer de soins de longue durée et ville : Le village de Tansley Woods, Burlington

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 Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

RÉSUMÉ D'INSPECTION MODIFIÉE

Ce rapport a été modifié pour tenir compte de l'ordonnance n° 001 de l'inspection n° 2024-1339-0001 relative à l'alinéa 161 (2) c) du Règlement de l'Ontario 246/22, qui a été respectée.

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 24, 26 et 27 septembre, ainsi que 1^{er} et 2 octobre 2024.

L'inspection concernait :

- Dossier : n° 00112460 – Prévention des mauvais traitements et de la négligence.
- Dossier : n° 00120110 – Prévention et gestion des chutes.
- Dossier : n° 00125416 – Admission, absences et mises en congé.

Ordres de conformité délivrés antérieurement

L'inspection a établi la conformité à l'ordre ou aux ordres de conformité suivants délivrés antérieurement :

Ordonnance n° 001 de l'inspection n° 2024-1339-0001 relative à l'alinéa 161 (2) c) du Règlement de l'Ontario 246/22, inspectée par Patrishya Allis (000762)

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
- Prévention et gestion des chutes
- Admission, absences et mises en congé

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 Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

RÉSULTATS DE L'INSPECTION MODIFIÉE

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

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

Non-respect de : l'alinéa 6 (1) a) de la LRSLD (2021)

Programme de soins

Paragraphe 6 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soit adopté, pour chaque résident, un programme de soins écrit qui établit ce qui suit :

- a) les soins prévus pour le résident;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soit adopté, pour un résident, un programme de soins écrit qui établit les soins prévus pour le résident, notamment en ce qui concerne l'utilisation d'un dispositif de prévention des blessures.

Justification et résumé

Le rapport d'incident de chute rédigé à une date en 2024 indiquait qu'un dispositif de protection était une nouvelle stratégie de prévention des chutes mise en œuvre pour réduire le risque de chute ou de blessure.

Le dispositif de protection n'était pas indiqué comme mesure d'intervention dans les documents du programme de soins d'un résident. Un membre de l'équipe de direction l'a reconnu.

Le fait de ne pas documenter l'utilisation d'un dispositif de protection dans le programme de soins du résident a entraîné un risque de ne pas mettre en œuvre des interventions de prévention 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 de Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Sources : Dossiers cliniques des résidents, observations des résidents.
[000762]

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité n° 002 Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : l'alinéa 6 (1) c) de la LRSLD (2021)

Programme de soins

Paragraphe 6 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soit adopté, pour chaque résident, un programme de soins écrit qui établit ce qui suit :

c) des directives claires à l'égard du personnel et des autres personnes qui fournissent des soins directs au résident;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soit adopté, pour un résident, un programme de soins écrit qui établit des directives claires à l'intention du personnel et des autres personnes qui fournissent des soins directs au résident, notamment en ce qui concerne le transfert.

Justification et résumé

L'examen du programme de soins d'un résident a révélé que ce dernier devait s'autotransférer d'une manière précise.

L'examen de la documentation du point de service a indiqué qu'un équipement devait être utilisé pour le transfert.

Un membre du personnel autorisé a reconnu que le programme de soins et la documentation du point de service n'étaient pas uniformes et ne se complétaient pas.

L'absence de directives claires à l'intention du personnel concernant le statut de

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 Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

transfert du résident a augmenté le risque qu'un transfert inapproprié se produise.

Sources : Entrevues avec le personnel, dossiers cliniques des résidents.

[000762]

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

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

Non-respect de : la disposition 6 (9) 1 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 d'un résident soit documentée, notamment en ce qui concerne le respect du programme relatif à la toilette.

Justification et résumé :

Dans les besoins particuliers en matière de soins énoncés dans le programme de soins d'un résident, il était indiqué que « le ou les membres de l'équipe doivent aider ou encourager le résident à aller aux toilettes au réveil, avant de se rendre à la salle à manger, après les repas, avant le coucher, et selon les besoins ».

Un membre du personnel qui a travaillé avec le résident pendant le quart de soir à une date en 2024 a indiqué qu'il connaissait les exigences en matière de toilette du résident et qu'il a amené le résident aux toilettes à l'heure prévue des soins.

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 Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

L'examen du rapport sur les documents de suivi a révélé que le résident n'était pas aux toilettes à l'heure prévue des soins. Un membre de l'équipe de direction l'a reconnu.

Le fait de ne pas documenter la prestation de soins établie dans le programme de soins a entraîné des renseignements inexacts sur les soins prodigués au résident.

Sources : Entrevues avec le personnel, dossiers cliniques des résidents.
[000762]

AVIS ÉCRIT : Obligation de protéger

Problème de conformité n° 004 Avis écrit aux termes de la disposition 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 protégé un résident contre les mauvais traitements.

L'article 2 du Règlement de l'Ontario (Règl. de l'Ont. 246/22) définit les « mauvais traitements d'ordre physique » comme 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

À une date en 2024, une préoccupation a été reçue au sujet d'un visiteur qui maltraitait un résident.

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 Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Une évaluation de la peau a été réalisée et a révélé une blessure chez le résident. Deux membres de la direction ont confirmé que la blessure résultait de l'interaction entre le visiteur et le résident.

Le fait de ne pas protéger le résident contre les mauvais traitements a entraîné un préjudice réel.

Sources : Séquences vidéo, dossiers cliniques des résidents et entrevues avec le personnel.
[000763]

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

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

Non-respect du : sous-alinéa 27 (1) a) (i) 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 ce qui suit :

- a) les incidents suivants qui sont présumés, soupçonnés ou observés et dont il a connaissance ou qui lui sont signalés font l'objet d'une enquête immédiate :
 - (i) les mauvais traitements infligés à un résident par qui que ce soit,

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que tout mauvais traitement présumé ou soupçonné d'être infligé à un résident par qui que ce soit fasse l'objet d'une enquête immédiate.

Justification et résumé

Une allégation de mauvais traitements avec blessure a été signalée au foyer en

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 Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

2024.

Le processus d'enquête du FSLD pour des soupçons d'abus à l'égard d'un résident a indiqué qu'un membre de l'équipe de leadership mènera une enquête complète sur l'incident de mauvais traitements, notamment en documentant l'événement, y compris la date, l'heure et la personne, et en interrogeant individuellement les témoins, qui peuvent comprendre d'autres membres de l'équipe, des résidents ou des visiteurs.

Un membre de l'équipe de direction a confirmé avoir prodigué des soins au résident et à la blessure, mais n'a pas mené d'enquête pour les soupçons d'abus.

L'absence d'enquête pour les abus aurait pu entraîner un risque permanent de préjudice pour le résident.

Sources : Processus d'enquête pour des soupçons d'abus, notes d'enquête, entrevues avec le personnel.
[000763]

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

Problème de conformité n° 006 Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 28 (1) 2 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

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 Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

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 signalé immédiatement au directeur les soupçons de mauvais traitements infligés à un résident par qui que ce soit et les renseignements sur lesquels ils se fondent.

Justification et résumé

Le ministère des Soins de longue durée a reçu un incident critique (IC) à une date en 2024 concernant de mauvais traitements. L'IC a été reçu deux jours après l'incident. Un membre de l'équipe de direction a reconnu qu'un IC aurait dû être soumis au directeur à la date à laquelle l'incident s'est produit.

Sources : Rapport d'incident critique et entrevues avec le personnel.
[000763]

AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes

Problème de conformité n° 007 Avis écrit aux termes de la disposition 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 prévu de stratégies visant à diminuer les chutes ou à en atténuer les effets, y compris la mise en place d'un dispositif fonctionnel précis.

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 Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Justification et résumé :

À une date en 2024, un résident est tombé et a été retrouvé blessé sur le plancher de sa chambre.

Le résident était à risque de chute et un dispositif précis avait été mis en place comme mesure d'intervention dans son programme de soins pour réduire le risque de chute.

Un membre du personnel a confirmé qu'il n'avait pas été alerté par le dispositif et que celui-ci n'était pas en place à la date de la chute.

Un membre du personnel autorisé ne se souvenait pas si le dispositif était présent et a déclaré qu'il aurait été avantageux de l'avoir en place pour réduire le risque de chute.

L'absence de dispositif a augmenté le risque de chute, car le personnel n'a pas été alerté du fait que le résident s'est levé du lit.

Sources : entrevues avec le personnel, dossiers cliniques des résidents, rapport d'incident critique.

[000762]