

## Rapport public initial

<b>Date d'émission du rapport</b> : 21 mai 2024	
<b>Numéro d'inspection</b> : 2024-1041-0002	
<b>Type d'inspection</b> : Plainte Incident critique	
<b>Titulaire de permis</b> : CVH (n° 1) LP par son partenaire général, Southbridge Care Homes (une société en commandite, par son partenaire général, Southbridge Health Care GP Inc.)	
<b>Foyer de soins de longue durée et ville</b> : West Park Health Centre, St Catharines	
<b>Inspectrice principale/Inspecteur principal</b> Olive Nenzeko (C205)	<b>Signature numérique de l'inspectrice/Signature numérique de l'inspecteur</b>
<b>Autres inspectrices ou inspecteurs</b> Caroline D'Souza (000848)	

## RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : les 1, 2, 3, 6, 7, 9 et 10 mai 2024

L'inspection concernait :

- Le dossier : n° 00113058 – IC n° 1500-000005-24 relatif à la prévention et à la gestion des chutes.
- Le dossier : n° 00113175 – IC n° 1500-000006-24 relatif à la prévention et à la gestion des chutes.
- Le dossier : n° 00114539 concernant une plainte anonyme relative à la prévention des mauvais traitements et de la négligence.

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

- Prévention et contrôle des infections
- Protection des dénonciateurs et représailles

Prévention des mauvais traitements et de la négligence  
Prévention et gestion des chutes

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### AVIS ÉCRIT : Marche à suivre relative aux plaintes — titulaires de permis

Problème de non-conformité n° 001 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 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

Par. 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 à la directrice une plainte écrite concernant les soins prodigués à une personne résidente.

#### Justification et résumé

Le foyer de soins de longue durée a reçu une plainte écrite d'un membre du personnel faisant état d'une allégation de mauvais traitements d'ordre physique à l'encontre d'une personne résidente par un autre membre du personnel.

Les notes d'enquête du foyer de soins de longue durée et l'entretien avec le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) ont montré que l'allégation de mauvais traitements d'ordre physique n'était pas fondée.

Le ou la DSI a admis que la plainte écrite n'avait pas été transmise à la directrice.

Le fait de ne pas soumettre la plainte écrite à la directrice n'a pas eu de répercussion ou de risque pour la personne résidente et l'allégation de mauvais

traitements a fait l'objet d'une enquête par le foyer, qui s'est révélée infondée.

**Sources** : les notes d'enquête, un entretien avec le ou la DSI.

[C205]

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

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

### **Non-respect de : l'alinéa 28 (1) 2) de la LRSLD (2021)**

Obligation de 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 qu'une personne ayant des motifs raisonnables de soupçonner qu'une personne résidente est victime de mauvais traitements de la part du personnel signale immédiatement à la directrice ses soupçons et les renseignements sur lesquels ils sont fondés.

### **Justification et résumé**

Le ministère des Soins de longue durée (MSLD) a reçu une plainte anonyme signalant qu'un membre du personnel avait infligé de mauvais traitements d'ordre physique à une personne résidente.

Les notes d'enquête du foyer confirment que la direction du foyer a été informée de l'allégation de mauvais traitements d'ordre physique et qu'une enquête a été menée avec tous les membres du personnel concernés. L'enquête a conclu que l'allégation n'était pas fondée.

Le ou la DSI a reconnu avoir été informé de l'allégation de mauvais traitements, mais ne l'avait pas signalée à la directrice en pensant qu'il s'agissait d'un cas de harcèlement sur le lieu de travail.

Le fait de ne pas signaler immédiatement l'allégation de mauvais traitements au directeur n'a eu que des incidences minimales et n'a présenté que de faibles risques pour la personne résidente.

**Sources :** les notes d'enquête; plainte de la ligne d'action; entretien avec le ou la DSI. [C205]

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

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

### **Non-respect de : l'alinéa 27 (2) 1) du Règl. de l'Ont. 246/22**

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

Al. 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 qu'un programme de soins provisoire élaboré dans les 24 heures d'une admission soit élaboré pour une personne résidente et communiqué au personnel de soins directs dans les 24 heures suivant l'admission en ce qui concerne tout risque de chute et les mesures d'interventions visant à atténuer ces risques.

### **Justification et résumé**

Un programme de soins d'admission doit être élaboré pour chaque personne résidente et communiqué au personnel de soins directs dans les 24 heures suivant l'admission de la personne résidente au foyer.

La personne résidente a été admise au foyer à une date précise; une évaluation des risques de chute effectuée à cette date a révélé qu'elle présentait un risque modéré de chute et comprenait des facteurs de risque de chute; toutefois, un programme de soins provisoire élaboré dans les 24 heures d'une admission n'a pas été élaboré en ce qui concerne les chutes. Le programme de soins initial de la personne résidente concernant les chutes a été établi plusieurs jours plus tard, après que la

personne résidente a fait une chute sans se blesser.

Le coordonnateur ou la coordonnatrice RAI-MDS a reconnu que le programme de soins provisoire élaboré dans les 24 heures d'une admission d'une personne résidente n'avait pas été établi alors qu'il aurait dû l'être.

Le fait de ne pas avoir élaboré un programme de soins provisoire élaboré dans les 24 heures d'une admission pour la personne résidente peut avoir augmenté le risque de chute de la personne résidente et le personnel peut ne pas avoir été au courant du risque de chute de la personne résidente et des interventions de prévention des chutes.

**Sources** : dossiers cliniques de la personne résidente; entretiens avec le coordonnateur ou la coordonnatrice RAI-MDS.

[C205]

## **AVIS ÉCRIT : Rapports : incidents graves**

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

**Non-respect de : l'alinéa 115 (3) 4) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Rapports : incidents graves

Par. 115 (3) Le titulaire de permis veille, d'une part, à aviser le directeur lorsque se produisent au foyer les incidents suivants et ce, au plus tard un jour ouvrable après l'incident, et, d'autre part à faire suivre le rapport exigé au paragraphe (5) :

4. Sous réserve du paragraphe (4), un incident cause à un résident une lésion nécessitant son transport à l'hôpital et provoque un changement important dans son état de santé.

Le titulaire de permis n'a pas informé la directrice, au plus tard un jour ouvrable après l'incident ayant causé une blessure à une personne résidente qui a entraîné un changement important de l'état de santé de la personne résidente et pour lequel la personne résidente a été transportée à l'hôpital.

### **Justification et résumé**

La personne résidente est tombée à une date donnée, a été transférée à l'hôpital le jour même et s'est vu diagnostiquer une blessure.

Une note d'évolution indique que l'établissement de soins de longue durée a pris connaissance du diagnostic de la blessure le jour même où la personne résidente s'est rendue à l'hôpital.

Un incident critique (IC) a été soumis au ministère des Soins de longue durée (MLTC) quelques jours plus tard.

La directrice générale a reconnu que la chute avait entraîné un changement important dans l'état de santé de la personne résidente et qu'elle avait été signalée tardivement.

**Sources** : le système de rapport d'incidents critiques; notes de progression de la personne résidente; entretien avec la directrice générale.

[C205]