

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 West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Rapport public initial

Date d'émission du rapport : 27 novembre 2024

Numéro d'inspection : 2024-1422-0005

Type d'inspection :

Plainte

Incident critique

Titulaire de permis : Maryban Holdings Ltd.

Foyer de soins de longue durée et ville : Billings Court Manor,
Burlington

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 6 au 8 et 12
au 14 novembre 2024

Les inspections concernaient :

- Plainte : n° 00128153 - Incident critique - Décès inattendu d'une personne résidente.
- Plainte : n° 00128166 - Plainte concernant le programme de soins, les techniques de transfert et de changement de position, la prévention et la gestion des chutes.
- Plainte : n° 00130142 - IC - Décès inattendu d'une personne résidente.

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

Soins et services de soutien aux personnes résidentes (Resident Care and Support Services)
Alimentation, nutrition et hydratation (Food, Nutrition and Hydration)
Prévention et contrôle des infections (Infection Prevention and Control)
Prévention et gestion des chutes (Falls Prevention and Management)

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 West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

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

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

Programme de soins

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 a omis de veiller à ce qu'un programme de soins écrit décrivant les soins prévus pour la personne résidente soit établi, plus précisément pour que le personnel agréé alimente la personne résidente de manière à réduire le risque d'une urgence médicale aiguë.

Justification et résumé :

Un certain jour de 2024, une personne résidente est décédée, la cause du décès citée étant une urgence médicale aiguë.

Un membre du personnel autorisé a fourni des instructions voulant que seul le personnel autorisé devait nourrir la personne résidente en se fiant à son évaluation du risque nutritionnel. Un autre membre du personnel infirmier autorisé l'a confirmé, en soulignant l'importance de faire appel à du personnel autorisé pour l'alimentation, celui-ci étant en mesure de détecter les signes et les symptômes d'intolérance au moment des repas, afin de réduire le risque d'urgence médicale aiguë.

Le programme de soins de la personne résidente ne contenait aucune instruction stipulant que le personnel infirmier autorisé devait se charger de l'alimentation de la personne résidente. Du personnel non autorisé a continué à donner ses repas à la personne résidente jusqu'à la date de son décès.

En l'absence d'instructions dans le programme de soins stipulant que seul le personnel autorisé devait faire manger 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 de Hamilton

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

du personnel non autorisé s'en est chargé, ce qui peut avoir augmenté le risque d'une urgence médicale aiguë.

Sources : entretiens avec le personnel; dossiers cliniques de la personne résidente; consultation d'une équipe pluridisciplinaire; rapport de l'unité 24 heures; notes d'enquête du foyer. [000762]

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

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

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

Programme de soins

6 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soit adopté, pour chaque personne résidente, 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 le programme de soins écrit d'une personne résidente établisse des directives claires pour le personnel et les autres personnes qui lui fournissent des soins.

Justification et résumé

Le compte rendu de la réunion sur les soins à l'admission indiquait que la directive de planification des soins de la personne résidente prévoyait des soins de longue durée et l'administration de la réanimation cardio-pulmonaire (RCP) en cas d'arrêt cardiaque constaté. La directive de planification des soins figurant dans le dossier de la personne résidente et le modèle de formulaire de directive de planification des soins décrivaient le niveau des soins longue durée comme suit :

- Transfert vers un hôpital de soins de courte durée, si le médecin traitant le juge nécessaire.
- Chirurgie d'urgence, si le médecin traitant le juge nécessaire.
- Admission en unité de soins intensifs, si nécessaire. C'est l'hôpital de soins de courte durée qui décide en dernier ressort de l'admission en unité de soins intensifs.

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 West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

- Recours à des systèmes de maintien des fonctions vitales, dont réanimation cardio-pulmonaire, respirateur, sonde d'alimentation et intraveineuse, si le médecin traitant le juge nécessaire.
- Antibiotiques et autres médicaments, si nécessaire.

Deux membres du personnel autorisé ont reconnu que les soins de longue durée constituaient le contexte où la RCP devait être mise en œuvre lorsqu'elle était indiquée; toutefois, ils n'ont pas été en mesure de comprendre quels éléments de la description ci-dessus s'appliquaient à l'environnement de soins de longue durée (SLD). Un membre de l'équipe de direction a reconnu que la description du niveau de soins de longue durée, en particulier lorsqu'il est fait mention des systèmes de maintien des fonctions vitales, reflétait les interventions à envisager dans un environnement de soins de courte durée. Ils ont confirmé que la description ne fournissait pas de directives claires au personnel concernant le déclenchement de la RCP dans un établissement de SLD et qu'une révision de la description des niveaux de soutien serait discutée avec l'équipe de gestion du FSLD.

Le fait que les directives préalables de soins d'une personne résidente ne fournissent pas d'instructions claires au personnel d'un établissement de SLD entraîne un risque de confusion, qui peut retarder les interventions sur une personne résidente en urgence médicale.

Sources : notes d'évolution et ordonnances d'une personne résidente; formulaire de directives de planification de soins; entretiens avec le personnel. [740735]

AVIS ÉCRIT : Documentation

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

Non-respect de : 6 (9) 1 de la LRSLD (2021).

Programme de soins

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 les soins prévus dans le programme de soins d'une personne résidente soient consignés par écrit.

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 West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Justification et résumé

Un certain jour de 2024, une personne résidente a subi une urgence médicale aiguë dans un établissement de soins longue durée à l'issue de laquelle son décès a été prononcé. Immédiatement avant l'épisode médical, deux membres du personnel lui ont fourni des soins, qu'ils n'ont pas consignés par écrit. Un membre de l'équipe de direction du foyer a reconnu que les soins fournis devaient être notés dans le système de suivi du point de service.

En raison de l'omission de consigner par écrit les soins dispensés, les contacts de la personne résidente avec le personnel de soins n'ont pas été correctement notés dans son programme de soins.

Sources : dossiers cliniques de la personne résidente; Système de rapport d'incidents critiques; entretiens avec le personnel. [740735]

AVIS ÉCRIT : La révision est requise lors de la réévaluation

Problème de conformité n° 004 - avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : 6 (10) c) de la LRSLD (2021)

Programme de soins

6 (10) Le titulaire de permis veille à ce que le résident fasse l'objet d'une réévaluation et à ce que son programme de soins soit réexaminé et révisé tous les six mois au moins et à tout autre moment lorsque, selon le cas :

c) les soins prévus dans le programme se sont révélés inefficaces.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à la réévaluation d'une personne résidente et à l'examen du programme de soins lorsque les soins prévus dans le programme se sont révélés inefficaces.

Justification et résumé :

Une personne résidente faisait l'objet d'interventions spécifiques visant à promouvoir une alimentation adéquate.

Son état de santé se dégradait, car elle approchait de la fin de sa vie.

Deux membres du personnel autorisé ont reconnu que leurs évaluations indiquaient que les interventions n'étaient pas bien acceptées ou

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 West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

efficaces et ont confirmé que le programme de soins aurait dû être révisé pour supprimer ces interventions.

L'absence d'examen et de révision du programme de soins pour éliminer les interventions qui n'étaient pas efficaces peut avoir conduit à une approche incohérente de l'alimentation de la personne résidente de la part du personnel.

Sources : dossiers cliniques de la personne résidente; entretiens avec le personnel. [000762]

AVIS ÉCRIT : Obligations spécifiques en matière de propreté et de réparation

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

Non-respect de : 19 (2) c) de la LRSLD (2021)

Services d'hébergement

Par. 19 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

c) le foyer, l'ameublement et le matériel sont entretenus de sorte qu'ils soient sûrs et en bon état.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le matériel du foyer - en l'occurrence l'appareil d'assistance personnelle de la personne résidente - soit maintenu dans un état sécuritaire et à ce que les réparations requises soient effectuées.

Justification et résumé

Un jour de 2023, une personne résidente est tombée de son dispositif d'assistance personnelle et s'est blessée.

Un membre du personnel autorisé a confirmé qu'une alarme était en place sur l'appareil et a précisé qu'elle aurait dû se déclencher en étant activée.

Un membre du personnel, présent lors de la chute, a confirmé ne pas avoir entendu d'alarme lors de l'incident. S'il avait entendu une alarme, il aurait réduit le risque de chute de la personne résidente, car il se serait rendu auprès d'elle.

Un membre du personnel autorisé a évalué l'alarme de l'appareil d'assistance et a déterminé qu'elle n'émettait qu'un son faible, même au volume maximum. L'alarme a été remplacée par une alarme plus

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 West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

puissante, ce qui implique qu'elle n'était pas en bon état
antérieurement.

Le fait de ne pas s'être assuré que l'alarme du fauteuil de la
personne résidente était en bon état a exposé celle-ci à un risque de
préjudice ou de blessure.

Sources : entretiens avec le personnel; dossiers cliniques de la
personne résidente. [000762]

AVIS ÉCRIT : Programmes obligatoires

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

Non-respect de : 53 (1) 4 du Règl. de l'Ont. 246/22.

Programmes obligatoires

53 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée
veille à ce que soient élaborés et mis en œuvre au foyer les
programmes interdisciplinaires suivants :

4. Un programme de gestion de la douleur visant à déceler la douleur
chez les résidents et à la gérer. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 53(1);
Règl. de l'Ont. 66/23, art. 10.

Le foyer n'a pas veillé à la mise en œuvre du programme de gestion de
la douleur visant à déceler la douleur chez les résidents et à la
gérer.

D'après l'alinéa 11 (1) (b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le personnel
n'a pas respecté la politique intitulée « Détermination et gestion de
la douleur », révisée pour la dernière fois en mars 2023, qui indique
que les personnes résidentes doivent être évaluées en présence de
« toute nouvelle douleur, à l'aide de l'évaluation étendue de la
douleur en plus de l'utilisation de l'outil PAINAD pour évaluer tous
les résidents non verbaux et souffrant d'une déficience cognitive »
(traduction).

Justification et résumé

Un jour de 2024, une personne résidente a ressenti des douleurs lors
d'une sortie, ce qui a été signalé à un membre du personnel autorisé
par la personne faisant office de mandataire spécial.

La personne résidente a reçu un analgésique au besoin.

L'évaluation de la douleur n'a pas été effectuée lorsque son
apparition a été signalée au membre du personnel autorisé, alors

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 West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

qu'elle aurait dû l'être, ce qu'ont reconnu deux membres du personnel autorisé.

Le fait de ne pas utiliser un instrument d'évaluation cliniquement adapté et spécialement conçu pour la douleur a empêché de procéder à une évaluation détaillée et normalisée pour garantir une analyse complète de la douleur de la personne résidente.

Sources : politique du foyer intitulée : « Identification et gestion de la douleur », révisées la dernière fois en mars 2023; entretien avec le personnel; dossier clinique de la personne résidente. [000762]

AVIS ÉCRIT : Rapports : incidents critiques

Problème de conformité n° 007 - avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

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

Rapports sur les incidents critiques

Par. 115 (3) Le titulaire de permis doit veiller à ce que le directeur soit informé des incidents suivants survenus dans le foyer au plus tard un jour ouvrable après l'incident, suivi du rapport exigé en vertu du paragraphe (5) :

4. Sous réserve du paragraphe (4), un incident qui cause à un résident une blessure pour laquelle il est transporté à l'hôpital et qui entraîne un changement important de son état de santé.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un incident qui a causé une blessure à une personne résidente - blessure ayant nécessité son transport à l'hôpital et entraîné un changement important de son état de santé - soit immédiatement signalé à la directrice ou au directeur.

Justification et résumé

Une personne résidente a été envoyée à l'hôpital pour un suivi médical, un jour de l'année 2024, après s'être plainte de douleurs. Les résultats des examens ont révélé que la personne résidente avait subi une blessure non réparable.

Il y a eu un changement important dans l'état de santé de la personne résidente, étant donné que son état de transfert a changé; un appareil d'assistance personnelle a été mis en œuvre et la personne résidente a eu besoin de doses accrues d'analgésiques pour gérer la douleur.

Le foyer a soumis un rapport d'incident critique pour une date en 2024, qui indique que le foyer a reçu une plainte concernant 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 West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

blessure; cependant, il n'y a aucune mention d'un changement important ni d'un transfert à l'hôpital.

Le foyer n'a pas soumis de rapport d'incident critique au directeur immédiatement pour consigner la blessure, le changement important et le transfert à l'hôpital.

Sources : examen du Rapport d'incident critique (SIC); entretien avec le personnel; dossiers cliniques de la personne résidente. [000762]

AVIS ÉCRIT : Plans de mesures d'urgence

Problème de conformité n° 008 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : 268 (13) (a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Plans de mesures d'urgence

268 (13) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les plans de mesures d'urgence traitent des activités de rétablissement après une situation d'urgence, notamment :

(a) en exigeant que les résidents, leurs mandataires spéciaux, le cas échéant, le personnel, les bénévoles et les étudiants reçoivent un compte rendu après la situation d'urgence,

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel reçoive un compte rendu après une situation d'urgence concernant une personne résidente.

Justification et résumé

Un certain jour de 2024, une personne résidente a subi une urgence médicale aiguë dans un établissement de soins longue durée à l'issue de laquelle son décès a été prononcé. Deux membres du personnel étaient présents au moment du changement d'état de la personne résidente et deux membres du personnel infirmier autorisé du foyer sont intervenus pour répondre à l'urgence médicale. Un membre de l'équipe de direction a confirmé qu'il n'y avait pas eu de réunion de débriefage avec les membres du personnel concernés, comme l'exige la politique du foyer en matière d'urgences médicales.

Le fait que le personnel n'ait pas été informé de l'urgence médicale a fait manquer une occasion d'examiner les points positifs et les points à améliorer avec le personnel concerné.

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 West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Sources : rapports d'enquête du FSLD; politique EP-05-01-01, « Code bleu - urgences médicales » (révisée en janvier 2024); entretiens avec le personnel. [740735]

AVIS ÉCRIT : Conservation des dossiers des personnes résidentes

Problème de conformité n° 009 - avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : Règl. de l'Ont. 246/22, par. 276(2)

Conservation des dossiers des résidents
par. 276(2) Le dossier conservé en application du paragraphe (1) doit être conservé au foyer pendant au moins la première année après la mise en congé du résident du foyer.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le dossier d'une personne résidente soit conservé au foyer pendant au moins la première année après sa mise en congé.

Justification et résumé

Un certain jour de 2024, une personne résidente est décédée, la cause du décès citée étant une urgence médicale aiguë. Les directives préalables de soins de la personne résidente devaient être conservées dans son dossier médical. Le personnel soignant a confirmé que ces directives préalables étaient facilement consultables devant du dossier de la personne résidente, au moment de la situation d'urgence. Au moment de l'inspection, un membre de l'équipe de gestion du foyer n'a pas pu retrouver le document, pour prouver qu'il avait été conservé dans le dossier de la personne résidente.

Sources : dossier d'une personne résidente; politique RC-04-01-01, « Planification des soins » (révisée en novembre 2023); entretiens avec le personnel. [740735]