

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-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage,
Oshawa (Ontario) L1H 1A1,
Téléphone : 844 231-5702

Rapport public initial

Date d'émission du rapport : 15 mai 2024

Numéro d'inspection : 2024-1187-0001

Type d'inspection :

Plainte
Incident critique

Titulaire de permis : 0760444 B.C. Ltd. par ses partenaires généraux au nom d'Omni Health Care Limited Partnership

Foyer de soins de longue durée et ville : Burnbrae Gardens Long Term Care Residence, Campbellford

Inspectrice principale/Inspecteur principal

Karyn Wood (601)

Signature numérique de l'inspectrice/Signature numérique de l'inspecteur

Karyn L Wood

signé numériquement par Karyn L Wood
Date : 2024.05.16 14:12:12 -04'00'

Autres inspectrices ou inspecteurs

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 29 et 30 avril, et 1^{er} au 3 mai 2024. L'inspection a eu lieu à distance le 6 mai 2024.

L'inspection concernait :

- Un dossier relatif à la chute d'une personne résidente ayant entraîné son transfert à l'hôpital.
- Un dossier relatif à une épidémie respiratoire.
- Un dossier relatif à des allégations de transfert inadéquat d'une personne résidente.
- Un dossier relatif à une plainte avec des allégations de mauvais traitement par 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-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage,
Oshawa (Ontario) L1H 1A1,
Téléphone : 844 231-5702

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

Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
Prévention et gestion des soins de la peau et des plaies
Gestion des médicaments
Prévention et contrôle des infections
Prévention des mauvais traitements
et de la négligence Prévention et
gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Documentation

Problème de conformité n° 001 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

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

Programme de soins

Paragraphe 6 (g) 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 fournis prévus dans le programme de soins de la personne résidente soient documentés.

Justification et résumé

Une plainte a été déposée auprès de la directrice concernant des allégations de soins inappropriés. La personne plaignante a signalé que la personne résidente souffrait d'un problème médical et que le niveau de ses signes vitaux était inférieur aux limites normales.

Le personnel autorisé et les personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP) ont confirmé que la personne résidente avait toujours besoin d'un traitement

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-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage,
Oshawa (Ontario) L1H 1A1,
Téléphone : 844 231-5702

et que la personne résidente retirait souvent les appareils de traitement spécifiés. L'infirmière autorisée (IA) a documenté l'incident lorsque la personne résidente présentait des symptômes d'un problème médical et que le niveau des signes vitaux spécifiés était inférieur à la limite normale. L'IA et les PSSP ont déclaré que la personne résidente avait retiré son appareil de traitement au moment de l'incident. Aucun document n'indique que les signes vitaux de la personne résidente ont été évalués régulièrement ou avant la quote-part de l'IA lorsque la personne résidente souffrait d'un problème de santé.

Le personnel autorisé ne documentait pas systématiquement le niveau des signes vitaux de la personne résidente ni le moment où la personne résidente recevait le traitement spécifié ou retirait son appareil de traitement.

La personne résidente souffrait d'une maladie chronique et le fait de ne pas avoir évalué et documenté les signes vitaux spécifiés de la personne résidente et de ne pas y avoir réagi a exposé cette dernière à un risque de complications médicales.

Sources : vérification du dossier médical clinique d'une personne résidente, y compris les ordonnances médicales numériques, les notes d'évolution, le programme de soins écrit, les relevés de signes vitaux, le dossier numérique d'administration du traitement et le dossier numérique d'administration des médicaments, ainsi que les entrevues avec le personnel. [601]

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 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 :

1. Traitement ou soins inadéquats ou incompetents d'une personne résidente ayant

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-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage,
Oshawa (Ontario) L1H 1A1,
Téléphone : 844 231-5702

entraîné un préjudice ou un risque de préjudice pour la personne résidente.

2. Les mauvais traitements infligés à une personne résidente par qui que ce soit ou la négligence envers une personne résidente de la part du titulaire de permis ou du personnel, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice aux personnes résidentes.

3. Comportement illégal ayant entraîné un préjudice ou un risque de préjudice pour une personne résidente.

4. Utilisation abusive ou détournement de l'argent d'une personne résidente.

5. Mauvais usage ou détournement du financement accordé à un titulaire de permis en vertu de la présente loi, de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* ou de la *Loi de 2019 pour des soins interconnectés*.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne ayant des motifs raisonnables de soupçonner qu'une personne résidente a fait l'objet de mauvais traitements ayant entraîné un préjudice ou un risque de préjudice, signale immédiatement ses soupçons et les renseignements sur lesquels elle s'est fondée à la directrice.

Justification et résumé

Une plainte a été déposée auprès de la directrice concernant des allégations de mauvais traitement survenues alors qu'une personne résidente présentait des comportements réactifs qui lui ont causé une blessure mineure.

La personne résidente était connue pour présenter des comportements réactifs. La vérification des dossiers et les entrevues avec les PSSP et l'IA ont montré que la personne résidente présentait des comportements réactifs et que le personnel a transféré la personne résidente sur son dispositif d'aide à la mobilité pour assurer sa sécurité. La personne résidente a été légèrement blessée à la suite de l'incident.

Une enquête interne a été ouverte à la suite de l'allégation de soins inappropriés et elle a déterminé que les allégations n'étaient pas fondées. Aucun rapport d'IC concernant les allégations de mauvais traitement ni un appel à la ligne téléphonique du ministère en dehors des heures normales de travail n'a été trouvé concernant les allégations de mauvais traitements. Le DSI a reconnu qu'un rapport d'IC aurait dû être

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-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage,
Oshawa (Ontario) L1H 1A1,
Téléphone : 844 231-5702

soumis à la directrice lorsque les allégations ont été formulées.

Les allégations de mauvais soins du personnel envers une personne résidente n'ont pas été signalées à la directrice et l'absence de suivi aurait pu causer d'autres incidents.

Sources : les dossiers médicaux cliniques d'une personne résidente, y compris les notes d'évolution, le programme de soins écrit, les rapports d'étude de la documentation, les documents d'enquête interne et les entrevues avec le DSI.
[601]

AVIS ÉCRIT : Programmes obligatoires

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

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

Programmes obligatoires

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

1. Un programme de prévention et de gestion des chutes visant à réduire l'incidence des chutes et le risque de blessure.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de prévention et de gestion des chutes visant à réduire l'incidence des chutes et le risque de blessure d'une personne résidente soit mis en œuvre.

Conformément à l'alinéa 1 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis est tenu d'avoir un programme de prévention et de gestion des chutes afin de réduire l'incidence des chutes des personnes résidentes et le risque de blessures, et doit s'y conformer.

Plus précisément, le personnel n'a pas respecté la politique relative aux signes vitaux neurologiques du titulaire de permis après une blessure à la tête causée par une

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-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage,
Oshawa (Ontario) L1H 1A1,
Téléphone : 844 231-5702

chute dont personne n'a été témoin. La politique prévoyait la mise en place d'un programme de traitement de blessure à la tête, le cas échéant, et la vérification de la réaction de la pupille de la personne résidente. La politique relative aux signes vitaux neurologiques après une blessure à la tête demandait au personnel autorisé d'effectuer une évaluation toutes les 15 minutes pendant la première heure, toutes les heures pendant les trois heures suivantes, toutes les quatre heures pendant les 20 heures suivantes, puis toutes les huit heures pendant les 48 heures suivantes, afin de s'assurer qu'une évaluation neurologique serait effectuée pour les 72 heures suivant la blessure à la tête.

Justification et résumé

La directrice a reçu un rapport d'incident critique indiquant qu'une personne résidente avait fait une chute qui avait entraîné une hospitalisation et un changement important dans l'état de santé de la celle-ci.

La personne résidente appelait à l'aide et l'IA l'a trouvée sur le sol à côté de son lit. L'IA a évalué la personne résidente qui ne présentait aucune blessure et qui niait s'être cogné la tête. Le lendemain matin, l'IA a constaté que la personne résidente présentait des symptômes. La personne résidente a été transférée à l'hôpital pour y être évaluée.

L'IA et le coordonnateur des services cliniques ont confirmé que la personne résidente avait fait une chute sans témoin et que ses signes vitaux neurologiques après la blessure à la tête n'avaient pas été évalués toutes les 15 minutes pendant la première heure, toutes les heures pendant les trois heures suivantes et toutes les quatre heures par la suite, comme l'exige la politique.

Le fait de ne pas mettre en œuvre un programme de traitement de blessure à la tête au moment où la personne résidente s'est cogné la tête à la suite d'une chute sans témoin aurait pu retarder le transfert de la personne résidente à l'hôpital pour effectuer son évaluation.

Sources : le dossier médical d'une personne résidente, la politique du programme de prévention et de gestion des chutes du titulaire de permis, la politique relative aux signes vitaux neurologiques après une blessure à la tête et les entrevues avec 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-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage,
Oshawa (Ontario) L1H 1A1,
Téléphone : 844 231-5702

personnel. [601]