

Inspection Report under
the Long-Term Care
Homes Act, 2007

Rapport d'inspection prévu par
la *Loi de 2007 sur les foyers de
soins de longue durée*

Long-Term Care Operations Division
Long-Term Care Inspections Branch

Division des opérations relatives aux
soins de longue durée
Inspection des FSLD

Ottawa Service Area Office
347 Preston St Suite 420
OTTAWA ON K1S 3J4
Telephone: 613 569-5602
Facsimile: 613 569-9670

Bureau régional de services d'Ottawa
347, rue Preston, bureau 420
OTTAWA ON K1S 3J4
Téléphone : 613 569-5602
Télécopieur : 613 569-9670

Copie du rapport public

Date du rapport :	N° d'inspection :	N° de registre :	Type d'inspection :
9 janvier 2020	2019_818502_0031	020028-19, 020663-19, 022645-19, 023079-19, 023484-19	Inspection dans le cadre du Système de rapport d'incidents critiques

Titulaire de permis

Chartwell Master Care LP
100, rue Milverton, bureau 700, MISSISSAUGA, ON L5R 4H1

Foyer de soins de longue durée

Établissement de soins de longue durée Chartwell Lancaster
105, chemin Military Nord, C.P. 429, LANCASTER, ON K0C 1N0

Nom de l'inspectrice

JULIENNE NGONLOGA (502)

Résumé de l'inspection

Il s'agissait d'une inspection menée dans le cadre du Système de rapport d'incidents critiques.

Elle a été effectuée à la ou aux dates suivantes : 18, 19, 20 et 23 décembre 2019.

Les inspections suivantes ont été effectuées :

- Registre n° 020028-19 : plainte relative à plusieurs zones de soins.**
- Registre n° 020663-19 : rapport dans le cadre du Système de rapport d'incidents critiques (RIC) n° 2680-000014-19 concernant un incident allégué de mauvais traitement d'une personne résidente de la part d'une personne résidente.**
- Registre n° 023079-19 - RIC n° 2680-000017-19 concernant une lésion de cause inconnue.**
- Registre n° 023484-19 - RIC n° 2680-000016-19, et registre n° 022645-19 – RIC n° 2680-000019-19 concernant un incident de négligence d'une personne résidente de la part du personnel.**

Au cours de l'inspection, l'inspectrice a eu des entretiens avec les personnes suivantes : administratrice ou administrateur du foyer, infirmières autorisées ou infirmiers autorisés (IA), infirmières auxiliaires autorisées ou infirmiers auxiliaires autorisés (IAA), personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP) et mandataire spéciale ou mandataire spécial (MS) d'une personne résidente.

Au cours de l'inspection, l'inspectrice a examiné des dossiers médicaux de plusieurs personnes résidentes, observé les interactions entre le personnel et les personnes résidentes, et examiné des dossiers d'enquête du titulaire de permis.

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

Dignité, choix et respect de la vie privée

Prévention des chutes

Hospitalisation et changement de l'état pathologique

Nutrition et hydratation

Douleur

Prévention des mauvais traitements, de la négligence et des représailles

Comportements réactifs

Des non-respects ont été constatés au cours de cette inspection :

2 AE
1 PRV
0 OC
0 RD
0 OTA

NON-RESPECT DES EXIGENCES

Définitions

AE — Avis écrit
PRV — Plan de redressement volontaire
RD — Renvoi de la question au directeur
OC — Ordres de conformité
OTA — Ordres, travaux et activités

Le non-respect des exigences prévues par la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* (LFSLD) a été constaté.

Le présent document constitue un avis écrit de non-respect aux termes du paragraphe 1 de l'article 152 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* (LFSLD).

AE n° 1 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 52. Gestion de la douleur

En particulier concernant la disposition suivante :

Par. 52. (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les résidents, lorsque leur douleur n'est pas soulagée au moyen des interventions initiales, soient évalués au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément à cette fin. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 52 (2).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne résidente 004, lorsque sa douleur n'était pas soulagée au moyen des interventions initiales, fût évaluée au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément à cette fin.

Le ministère des Soins de longue durée (MSLD) a reçu un rapport dans le cadre du Système de rapport d'incidents critiques (RIC) concernant une lésion de cause inconnue.

Un examen des notes d'évolution de la personne résidente 004 indiquait ce qui suit :

- à une date déterminée, une PSSP a signalé que la personne résidente 004 souffrait beaucoup. L'IA a remarqué des symptômes particuliers, a avisé la ou le médecin traitant, qui a prescrit une radiographie de l'endroit identifié que l'on a effectuée en hôpital. Les résultats de la radiographie et du tomodensitogramme étaient négatifs, et les résultats de l'analyse de sang étaient dans la fourchette normale;

- le lendemain, la personne résidente 004 a fait une chute et s'est plainte de souffrir beaucoup;

- onze jours plus tard, on a remarqué que la personne résidente 004 souffrait beaucoup à l'endroit susmentionné lors d'un transfert et d'un changement de position. L'endroit était toujours douloureux et sensible. Pendant plus d'un an, la personne résidente avait eu un médicament particulier prévu pour lui être administré trois fois par jour.

Un examen du dossier d'évaluation de la douleur ne mentionnait pas que l'on avait effectué une évaluation de la douleur lors de son apparition, ou quand la personne résidente était revenue avec des résultats négatifs de radiographie et de tomodensitogramme, néanmoins, le personnel avait continué de documenter que la personne résidente souffrait beaucoup et avait ressenti de l'inconfort à trois reprises.

Lors d'un entretien, l'IAA 108 a indiqué que la personne résidente avait une douleur persistante durant un transfert, et qu'elle avait un médicament déterminé prévu pour lui être administré trois fois par jour. L'IAA a reconnu que l'on aurait dû effectuer une évaluation de la douleur quand la douleur persistait pendant le transfert.

Lors d'un entretien, l'IA 107 a indiqué que le personnel aurait dû avoir effectué une évaluation de la douleur lors de l'apparition de celle-ci et onze jours plus tard, parce que la personne résidente souffrait beaucoup.

Lors d'un entretien, l'administratrice ou l'administrateur a reconnu que le personnel autorisé aurait dû avoir effectué une évaluation de la douleur en raison de la douleur persistante de la personne résidente. [Paragraphe 52. (2)]

Autres mesures requises :

PRV - Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer le respect de l'exigence selon laquelle la personne résidente 004, lorsque sa douleur n'est pas soulagée au moyen des interventions initiales, soit évaluée au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément à cette fin. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 2 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 6. Programme de soins
En particulier concernant la disposition suivante :

Par. 6. (5) Le titulaire de permis veille à ce que le résident, son mandataire spécial, s'il en a un, et toute autre personne désignée par l'un ou l'autre aient la possibilité de participer pleinement à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de soins du résident. 2007, chap. 8, par. 6 (5).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la mandataire spéciale ou le mandataire spécial (MS) de la personne résidente 001 eût la possibilité de participer pleinement à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de soins.

Le ministère des Soins de longue durée (MSLD) a reçu deux rapports dans le cadre du Système de rapport d'incidents critiques (RIC) concernant un cas allégué de négligence d'une personne résidente de la part du personnel.

Un examen du RIC et de la plainte indiquait que le personnel avait mis la personne résidente 001 au lit avec un produit pour incontinence au lieu de lui mettre un vêtement de nuit particulier fourni par la famille, ce qui avait donné lieu à une certaine maladie que la personne résidente 001 avait contractée.

**Inspection Report under
the Long-Term Care
Homes Act, 2007****Rapport d'inspection prévu par
la Loi de 2007 sur les foyers de
soins de longue durée**

Un examen du registre des plaintes du foyer indiquait que la ou le MS de la personne résidente avait attiré l'attention du foyer sur le fait qu'il ou elle avait trouvé à une certaine date la personne résidente au lit avec un produit pour incontinence seulement, et le foyer avait ouvert une enquête.

Un examen du programme de soins écrit de la personne résidente 001 indiquait qu'elle manifestait un comportement particulier pendant les soins.

Lors d'un entretien, la PSSP 101 a indiqué avoir été affectée à la personne résidente 001 le jour de l'incident. La PSSP a déclaré avoir mis la personne résidente au lit avec un produit pour incontinence sans le vêtement de nuit susmentionné, et avoir supposé que c'était acceptable comme on le lui avait dit pendant son orientation.

Lors d'un entretien, l'IA 107 a indiqué que la personne résidente 001 était incontinente toutes les nuits et nécessitait d'être changée deux à trois fois par nuit. L'habitude consistait à lui mettre un vêtement de nuit fourni par la famille. Un an avant cette inspection, la personne résidente avait commencé à manifester un certain comportement chaque fois qu'elle était incontinente et que le personnel essayait de la changer. Par conséquent, le personnel avait commencé de mettre un certain vêtement de nuit à la personne résidente pour réduire le risque de son comportement déterminé. Ce vêtement de nuit était devenu dangereux pour la personne résidente. On avait alors pris la décision, communiquée au personnel lors du changement de poste de travail, d'habiller la personne résidente comme cela est indiqué dans la plainte susmentionnée et de la couvrir avec une couverture supplémentaire. L'IA 107 a déclaré que l'on n'avait pas informé la ou le MS.

Lors d'un entretien, l'administratrice ou l'administrateur a déclaré que la ou le MS de la personne résidente 001 voulait que celle-ci fût vêtue d'un vêtement de nuit déterminé, mais le foyer avait décidé de l'habiller pour la nuit comme on le décrit dans la plainte en raison de son comportement réactif particulier envers le personnel pendant les soins. L'administratrice ou l'administrateur a reconnu qu'ils n'en avaient pas discuté avec la ou le MS. [Paragraphe 6. (5)]

Émis le 13 janvier 2020.

Signature de l'inspectrice.

Rapport original signé par l'inspectrice.