

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 ON L8P 4Y7
Téléphone : (800) 461-7137

Rapport public initial

Date d'émission du rapport : 11 avril 2024

Numéro d'inspection : 2024-1343-0002

Type d'inspection :
Incident critique

Titulaire de permis : Extendicare (Canada) Inc.

Foyer de soins de longue durée et ville : Extendicare Hamilton, à Hamilton

**Inspectrice principale / Inspecteur
principal**

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

Parminder Ghuman (706988)

Parminder Ghuman

Signé numériquement par Parminder Ghuman
Date : 2024.04.29 09:28:37 -04'00'

Autres inspectrices / inspecteurs

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : Du 2 au 4 et le 9 avril 2024.

L'inspection concernait :

- **Objet :** N° 00111664 – Incident critique (IC) n° 2858-000007-24 – Chute d'un résident entraînant une fracture de la hanche.

L'inspection concernait :

- **Plainte/incident :** N° 00101402 – IC n° 2858-000015-23 – Chute d'un résident entraînant un traumatisme crânien.
- **Plainte/incident :** N° 00110046 – 2858-000004-24 – Chute d'un résident entraînant une fracture du fémur.

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 ON L8P 4Y7
Téléphone : (800) 461-7137

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

Prévention et contrôle des infections
Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes

Problème de conformité n° 001 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

Par. 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 ne s'est pas conformé à sa stratégie relative au programme de prévention et de gestion des chutes qui doit au minimum prévoir des stratégies visant à diminuer les chutes ou à en atténuer les effets.

Justification et résumé

Conformément à l'alinéa. 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis était tenu de veiller à la mise en œuvre de précautions universelles contre les chutes pour tous les résidents et devait s'assurer que la politique soit respectée.

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 ON L8P 4Y7
Téléphone : (800) 461-7137

Plus précisément, le personnel n'a pas respecté les règles de sécurité relatives à l'environnement en omettant d'actionner les freins du lit. La politique visait à mettre en œuvre des précautions universelles SÉCURITAIRES pour l'ensemble des résidents en créant un environnement sûr avec des barrières de lit retirées ou abaissées en fonction des besoins évalués, sans encombrement, avec des freins et la lumière allumée.

Au cours des entrevues enregistrées avec des membres du personnel autorisés, ils ont reconnu que certains ne s'étaient pas conformés à la politique et au programme de prévention et de gestion des chutes du foyer, car les freins du lit n'étaient pas actionnés; le résident est donc tombé, ce qui aurait pu être évité si toutes les interventions avaient été suivies. Le directeur des soins infirmiers (DSI) a également confirmé lors d'une entrevue audio enregistrée que la politique de prévention et de gestion des chutes n'était pas respectée.

Le non-respect de la politique présente un risque accru, car il peut entraîner des changements importants dans l'état de santé du résident.

Sources : Notes d'évolution du résident, Programme de prévention et de gestion des chutes RC-15-01-01 (dernière révision en mars 2023), et entrevues avec le personnel et le DSI.

[706988]

AVIS ÉCRIT : Rapports d'incidents critiques

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

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

Rapports d'incidents critiques

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) :

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 ON L8P 4Y7
Téléphone : (800) 461-7137

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 le directeur des incidents survenus au foyer au plus tard un jour ouvrable après l'incident, sous réserve du paragraphe (4), soit un incident qui cause à un résident une lésion nécessitant son transport à l'hôpital et provoque un changement important dans son état de santé.

Justification et résumé

L'incident critique (IC) a été signalé le 18 mars 2024, alors qu'il s'est produit le 13 mars 2024. Le foyer était au courant du changement important qui nécessitait une intervention chirurgicale le 14 mars 2024, mais le rapport n'a été soumis sur le SIC que le 18 mars 2024. Le directeur des soins infirmiers (DSI) reconnaît que cette blessure a eu des répercussions importantes sur le résident et que l'incident a été signalé tardivement dans le SIC.

Le résident a été transféré à l'hôpital le 13 mars 2024 après une chute. Le 14 mars 2024, l'hôpital avait confirmé la blessure, qui a nécessité une intervention chirurgicale, ce qui a été documenté par le personnel autorisé dans les notes d'évolution. Au cours de l'entrevue enregistrée avec le DSI, ce dernier a reconnu qu'il n'était pas au courant de la confirmation de la blessure par l'hôpital et que personne ne lui avait communiqué l'information. Selon le DSI, il s'agissait d'un rapport tardif.

Le fait de ne pas signaler certaines questions au directeur au plus tard un jour ouvrable après l'incident expose les résidents à un risque de préjudice.

Sources : Rapport d'IC, notes d'évolution du résident et entrevues avec le personnel et le DSI.

[706988]