

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-Ouest

609, rue Kumpf, bureau 105
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

Rapport public initial

Date d'émission du rapport : 19 décembre 2024

Numéro d'inspection : 2024-1205-0003

Type d'inspection :

Incident critique

Titulaire de permis : Revera Long Term Care Inc.

Foyer de soins de longue durée et ville : Forest Heights, Kitchener

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : les 12 et 13 et du 17 au 19 décembre 2024

L'inspection concernait :

- Demande n° 00127082 – Comportements réactifs
- Demandes n^{os} 00131458 et 00133167 – Prévention et gestion des chutes

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

- Prévention et contrôle des infections
- Comportements réactifs
- Prévention des mauvais traitements et de la négligence
- Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes

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-Ouest

609, rue Kumpf, bureau 105
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

Problème de conformité n° 001 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : du paragraphe 54 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Prévention et gestion des chutes

Paragraphe 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. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 54 (1).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que ses stratégies visant à diminuer les chutes d'une personne résidente ou à en atténuer les effets soient respectées.

En vertu de l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis était tenu de veiller à la mise en place de stratégies visant à diminuer les chutes ou à en atténuer les effets, et de s'assurer de leur respect à l'égard d'une personne résidente.

Selon le programme de prévention des chutes et de réduction des blessures (*Fall Prevention and Injury Reduction Program*), dans le cas d'une chute d'une personne résidente, des stratégies devaient être mises en place pour prévenir une nouvelle chute et réduire le risque de blessures liées à une chute.

Une personne résidente avait besoin d'une intervention de prévention des chutes et le foyer n'a pas veillé à ce que cette intervention soit mise en place, ce qui a entraîné la chute de 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 du Centre-Ouest

609, rue Kumpf, bureau 105
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

Lorsque la personne résidente a fait une chute, sa blessure existante risquait de compromettre sa guérison et de causer d'autres blessures.

Sources : Notes d'évolution; évaluations effectuées après la chute; programme de soins; programme de prévention des chutes et de réduction des blessures (*Fall Prevention and Injury Reduction Program*) (31 mars 2024); entretien avec une infirmière auxiliaire autorisée et d'autres membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Comportements et altercations

Problème de conformité n° 002 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de l'alinéa 60 a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Comportements et altercations

Article 60. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

a) des marches à suivre et des mesures d'intervention sont élaborées et mises en œuvre pour aider les résidents et les membres du personnel qui risquent de subir ou qui subissent un préjudice en raison des comportements d'un résident, notamment de ses comportements réactifs, et pour réduire au minimum les risques d'altercations et d'interactions susceptibles de causer un préjudice entre et parmi les résidents;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des marches à suivre et des mesures d'intervention soient élaborées et mises en œuvre pour aider les personnes résidentes et les membres du personnel qui risquaient de subir ou qui subissaient un préjudice en raison des comportements de la personne résidente n° 001, et pour réduire au minimum les risques d'altercations et d'interactions susceptibles de causer un préjudice entre et parmi les résidents.

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-Ouest

609, rue Kumpf, bureau 105
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

Selon la politique et les procédures du foyer sur le Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement (*Behavioural Support Ontario*), le personnel devait mettre en œuvre des interventions particulières lorsque des personnes avaient des comportements réactifs sur le plan physique, et le programme de soins de la personne résidente n° 001 prévoyait des interventions précises pendant les périodes où ces comportements étaient plus fréquents.

Les membres du personnel avaient conclu que les comportements de la personne résidente n° 001 s'étaient accrus, mais aucune intervention particulière n'avait été mise en œuvre.

La personne résidente n° 001 avait eu une altercation physique avec la personne résidente n° 005, causant ainsi un préjudice à la personne résidente.

Les interventions n'ont pas été mises en œuvre, leur efficacité n'a pas été évaluée ou l'évaluation était incomplète.

Plus tard dans la journée, la personne résidente n° 001 avait eu une altercation physique avec la personne résidente n° 002, causant un préjudice à la personne résidente.

Puisque les interventions n'ont pas été mises en œuvre, que leur efficacité n'a pas été évaluée ou que l'évaluation était incomplète, la personne résidente n° 001 a été impliquée dans deux incidents avec les personnes résidentes n° 002 et n° 005.

Sources : Notes d'évolution, programmes de soins; registre électronique d'administration des médicaments; documentation dans le Système d'observation de la démence; politique et procédures sur le Projet ontarien de soutien en cas de

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-Ouest

609, rue Kumpf, bureau 105
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

troubles du comportement (OSTC) (*Behavioural Support Ontario*) (révisées le 31 mars 2024); algorithmes; entretien avec la personne responsable du Projet OSTC et d'autres membres du personnel.