

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 : 27 mai 2024

Numéro d'inspection : 2024-1559-0001

Type

d'inspection :

Plainte Incident
critique Suivi

Titulaire de permis : Municipalité régionale de Durham

Foyer de soins de longue durée et ville : Hillsdale Estates, Oshawa

**Inspectrice principale/Inspecteur
principal**

Rexel Cacayurin (741749)

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

Rexel J.

Cacayurin

Signé numériquement
par Rexel J. Cacayurin
Date : 2024.05.31 16:11:06
-04'00'

Autres inspectrices ou inspecteurs

Eric Tang (529)

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 29 et 30 avril, 1^{er} au 3 mai, 6 au 10 mai et 13 et 14 mai 2024.

L'inspection concernait :

- Les dossiers : n° 00096489 – incident critique (IC) n° M539-000070-23, n° 00098241 – IC n° M539-000083-23 – concernant une allégation de mauvais traitements entre personnes résidentes.
- Le dossier : n° 00099206 – IC n° M539-000087-23 concernant une allégation de négligence de la part d'un membre du personnel envers une personne résidente.
- Le dossier : n° 00102736 – plainte relative à une allégation de négligence envers une 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-Est

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

- Le dossier : n° 00104675 – premier suivi de l'ordre de conformité n° 001/inspection n° 2023-1559-0003 – aliéna 6 (4) (a) de la LRSLD (2021) – concernant le programme de soins, date d'échéance de conformité à partir du 18 avril 2024.
- Le dossier : n° 00104674 – premier suivi de l'ordre de conformité n° 002/inspection n° 2023-1559-0003 – par. 24 (1) de la LRSLD (2021) – concernant l'obligation de protéger, date d'échéance de conformité à partir du 18 avril 2024.
- Les dossiers : n° 00108962 – IC n° M539-000024-24, n° 00109299 – IC n° M539-000031-24 concernant des allégations de mauvais traitements envers une personne résidente.
- Le dossier : n° 00109334 – une plainte relative à une allégation de mauvais traitements d'un membre du personnel envers une personne résidente.
- Le dossier : n° 00112353 – IC n° M539-000037-24 concernant une éclosion.
- Le dossier : n° 00112616 – IC n° M539-000038-24 concernant une chute.

Les dossiers suivants ont été remplis lors de cette inspection :

- Dossier : n° 00091743 – IC n° M539-000050-23, dossier : n° 00098321 – IC n° M539-000082-23, dossier : n° 00106491 – IC n° M539-000007-24, dossier n° 00109254 – IC n° M539-000030-24 et dossier : n° 00107324 – IC n° M539-000011-24 concernant une chute.
- Dossier : n° 00098321 – IC n° M539-000082-23 et dossier : n° 00104974 – IC n° M539-000112-23 concernant une éclosion.

Ordres de conformité délivrés antérieurement

L'inspection a établi la conformité à l'ordre ou aux ordres de conformité suivants délivrés antérieurement :

Ordre n° 001 de l'inspection n° 2023-1559-0003 relatif au par. 6 (4) de la LRSLD (2021) selon l'inspection de Rexel Cacayurin (741749)

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

Ordre n° 002 de l'inspection n° 2023-1559-0003 relatif au par. 24 (1) de la LRSLD (2021)
selon l'inspection d'Eric Tang (529)

Les **protocoles d'inspection** suivants ont été utilisés pendant cette
inspection : Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
Soins liés à l'incontinence
Prévention et gestion de la peau et des plaies
Prévention et contrôle des infections
Prévention des mauvais traitements et de la
négligence Comportements réactifs
Gestion de la douleur
Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

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

Non-respect du : paragraphe 6 (g) 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.
2. Le résultat des soins prévus dans le programme de soins.
3. L'efficacité du programme de soins.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la prestation et les résultats des
soins liés à la personne résidente soient documentés.

Justification et résumé

Une plainte et un rapport d'incident critique (RIC) ont été soumis à la directrice, selon
l'allégation que la personne résidente avait subi de mauvais traitements d'ordre
physique de la part du personnel et que des blessures avaient été constatées sur le
corps 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-Est

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

L'examen du dossier indique que la personne résidente a subi un incident un soir. La personne résidente a été immédiatement examinée par le personnel en service et aucune blessure n'a été constatée à ce moment-là. Selon les notes d'enquête interne du foyer, un membre du personnel avait découvert une blessure sur le corps de la personne résidente en lui prodiguant des soins quelques jours plus tard et en avait fait immédiatement rapport à un membre du personnel infirmier autorisé en vue d'une évaluation.

L'examen des dossiers médicaux de la personne résidente a révélé que le membre du personnel infirmier autorisé n'avait pas documenté son évaluation et les soins prodigués à la personne résidente pour sa blessure.

Le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) a confirmé les mêmes conclusions et a ajouté que le membre du personnel infirmier autorisé identifié était censé documenter les détails de l'évaluation dans une note d'évolution électronique et faire part du problème aux supérieurs hiérarchiques si nécessaire.

Il y a eu un risque et une incidence pour la personne résidente, car le manque de renseignements documentés sur les soins aurait pu nuire à la communication de l'état de santé de la personne résidente entre les membres de l'équipe de soins de santé.

Sources : RIC, plainte, notes d'enquête interne du foyer, dossiers médicaux électroniques de la personne résidente et entretiens avec le personnel. [529]

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 de : l'alinéa 28 (1) 2) 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 :

2. Les mauvais traitements infligés à un résident par qui que ce soit ou 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 du Centre-Est

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

négligence envers un résident de la part du titulaire de permis ou du personnel, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident.

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 négligence de la part d'un membre du personnel qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice à la personne résidente fasse immédiatement rapport à la directrice de ses soupçons et communique les renseignements sur lesquels ils sont fondés.

Justification et résumé

Une plainte et un RIC ont été soumis à la directrice concernant une allégation d'un incident de négligence de la part du personnel envers une personne résidente.

À une date donnée, une plainte a été envoyée au foyer par un membre de la famille. Celui-ci a avancé qu'au cours de sa visite, la personne résidente avait été trouvée assise depuis un bon moment dans ses excréments dans son appareil spécialisé.

Le ou la DSI a confirmé que le foyer avait été informé de l'allégation de négligence à une date donnée et que le RIC avait été soumis au ministère des Soins de longue durée à une date ultérieure. De plus, il a été reconnu que le foyer n'avait pas soumis immédiatement le rapport à la directrice.

Le fait de ne pas faire immédiatement rapport à la directrice des allégations de négligence a augmenté le risque de retard dans les mesures de suivi.

Sources : RIC, documents de l'enquête interne du foyer et un entretien avec le ou la DSI. [741749]

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

AVIS ÉCRIT : Système de communication bilatérale

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

Non-respect du : paragraphe 20 (a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Système de communication bilatérale

Article 20 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à
ce que le foyer soit doté d'un système de communication bilatérale entre les
résidents et le personnel qui réunit les conditions suivantes :

(a) il est aisément visible, accessible et utilisable par les résidents, le personnel et
les visiteurs en tout temps;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer soit doté d'un système de
communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel qui soit
aisément visible, accessible et utilisable par les personnes résidentes en tout temps.

Justification et résumé

Un RIC a été soumis à la directrice à la suite de la chute d'une personne résidente.

La personne résidente a été vue assise sur un appareil spécialisé dans sa chambre,
tentant d'attraper la sonnette d'appel, qui était sur le sol et emmêlée au lit.

L'infirmier auxiliaire autorisé ou l'infirmière auxiliaire autorisée (IAA) a confirmé que
la personne résidente pouvait utiliser la sonnette d'appel lorsqu'elle avait besoin
d'aide.

L'infirmier autorisé ou l'infirmière autorisée a indiqué que la personne résidente
présentait un risque élevé de chute. De plus, il a été reconnu que le foyer
s'attendait à ce que la sonnette d'appel soit à la portée de la personne résidente,
ne soit pas emmêlée au lit et ne se retrouve pas sur le sol.

Le fait que la sonnette d'appel n'ait pas été facilement accessible en tout temps a
entraîné un risque pour la sécurité de la personne résidente.

Sources : RIC, observations, entretiens avec le personnel. [741749]

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

AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes

Problème de conformité n° 004 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la
LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 54 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Prévention et gestion des chutes

Paragraphe 54 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le résident qui fait une chute fasse l'objet d'une évaluation et à ce que, si l'état ou la situation du résident l'exige, une évaluation postérieure à sa chute soit effectuée au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour les chutes. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 54 (2); Règl. de l'Ont. 66/23, art. 11.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une évaluation postérieure à la chute soit effectuée au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour les chutes, lorsque la personne résidente est tombée.

Justification et résumé

Un RIC a été soumis à la directrice au sujet d'une allégation de mauvais traitements d'ordre physique entre deux personnes résidentes. En raison de leur interaction, une personne résidente a été poussée et est tombée sur le sol.

Les dossiers médicaux électroniques de la personne résidente ont été examinés, mais l'outil d'évaluation après la chute identifiée n'a pas été trouvé.

Le coordonnateur ou la coordonnatrice des soins aux personnes résidentes ainsi que le ou la DSI ont confirmé la même chose, que l'outil d'évaluation aurait dû être utilisé après la chute de la personne résidente.

Il y a eu un risque et une incidence pour la personne résidente, car les détails de ses chutes n'ont peut-être pas été entièrement communiqués aux membres de l'équipe soignante.

Sources : RIC, notes d'enquête interne du foyer, dossiers médicaux électroniques de la personne résidente et entretiens avec le personnel. [529]

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

AVIS ÉCRIT : Gestion de la douleur

Problème de conformité n° 005 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 57 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Gestion de la douleur

Paragraphe 57 (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.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la douleur des personnes résidentes soit évaluée à l'aide d'un instrument d'évaluation approprié sur le plan clinique et conçu à cette fin lorsque les mesures d'interventions initiales n'ont pas été efficaces.

Justification et résumé

Un RIC a été soumis à la directrice à la suite de la chute d'une personne résidente ayant causé des blessures.

La personne résidente a fait une chute sans témoin et a été retrouvée allongée sur le sol. Elle a été envoyée à l'hôpital en raison de douleurs accrues et est retournée au foyer de soins de longue durée le même jour.

À une date donnée, la personne résidente s'est plainte de douleurs corporelles généralisées; les médicaments habituels contre la douleur et une poche de glace lui ont été administrés et ont eu un certain effet. En outre, la personne résidente a continué à souffrir de douleurs pendant la durée du quart de travail.

Le ou la responsable du programme de lutte contre la douleur et le ou la gestionnaire du personnel de soins infirmiers autorisés ont indiqué que lorsque la douleur n'était pas soulagée par la mesure d'intervention initiale, le foyer s'attendait à ce qu'une évaluation complète de la douleur soit effectuée. Ils ont également confirmé qu'aucune évaluation complète de la douleur de la personne résidente n'avait été réalisée à la date donnée.

L'absence d'évaluation complète de la douleur a fait en sorte que la personne résidente a souffert de douleurs non gérées.

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

Sources : RIC, entretiens avec le personnel. [741749]

AVIS ÉCRIT : Comportements réactifs Problème de
conformité n° 006 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la
LRSLD (2021) **Non-respect de : l'alinéa 58 (4) c) du Règl. de
l'Ont. 246/22**

Comportements réactifs

Paragraphe 58 (4) Le titulaire de permis veille à ce qui suit pour chaque résident qui
affiche des comportements réactifs :

(c) des mesures sont prises pour répondre aux besoins du résident, notamment des
évaluations, des réévaluations et des interventions, et les réactions du résident aux
interventions sont documentées.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des mesures soient prises pour répondre
aux besoins de la personne résidente, notamment des évaluations, des réévaluations
et des mesures d'interventions, et à ce que les réactions de la personne résidente
aux mesures d'intervention soient documentées.

Justification et résumé

La directrice a reçu un rapport d'incident critique alléguant qu'une personne
résidente avait fait subir un mauvais traitement d'ordre physique à une autre
personne résidente en la poussant.

D'après la note d'évolution électronique de la personne résidente, une mesure
d'intervention a été mise en place pour évaluer et surveiller l'état de la personne
résidente après l'incident. La mesure d'intervention en question et sa
documentation ont été examinées, mais de nombreuses sections ne contenaient
pas de renseignements sur l'évaluation et le suivi.

Le ou la responsable du programme ontarien de soutien en cas de troubles du
comportement et le directeur adjoint ou la directrice adjointe des soins infirmiers
ont affirmé que la mesure d'intervention visait à évaluer le comportement de la
personne résidente et que les renseignements recueillis contribueraient à la
planification des soins de la personne résidente. Les deux membres du personnel
ont confirmé que la mesure d'intervention déterminée n'était pas terminée et que

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

sa documentation n'était pas entièrement remplie et que le document aurait dû être entièrement rempli par le personnel infirmier.

Il y avait un risque et une incidence pour la personne résidente, car le comportement de la personne résidente pouvait ne pas avoir été enregistré, ce qui aurait eu une incidence sur la compréhension des membres de l'équipe soignante concernant l'état de la personne résidente et sur l'efficacité de la planification de ses soins.

Sources : RIC, notes d'enquête interne du foyer, dossiers médicaux électroniques de la personne résidente et entretiens avec le personnel. [529]

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

Problème de conformité n° 007 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programme de prévention et de contrôle des infections

Paragraphe 102 (2) Le titulaire de permis met en œuvre ce qui suit :

les normes ou protocoles que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections. Paragraphe 102 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que toute norme que délivre la directrice à l'égard de la prévention et du contrôle des infections soit mise en œuvre. Plus précisément, la section 9.1 de la Norme de prévention et de contrôle des infections (e) le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les précautions supplémentaires incluent une affiche au point de service indiquant que des mesures améliorées en matière de prévention et de contrôle des infections (PCI) sont en place.

Justification et résumé

Un chariot d'équipement de protection individuelle (ÉPI) a été observé à l'extérieur de la chambre d'une personne résidente sans qu'aucune précaution supplémentaire n'ait été affichée à la porte. L'IAA a confirmé que la personne résidente faisait l'objet de précautions d'isolement en raison de symptômes respiratoires et a indiqué qu'il était attendu que les précautions supplémentaires soient affichées à la porte. Le 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 du Centre-Est

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

la responsable de la PCI a confirmé la même chose.

Le fait de ne pas veiller à ce qu'une affiche soit apposée devant la porte de la personne résidente qui faisait l'objet de précautions supplémentaires augmente le risque de propagation de l'infection dans le foyer.

Sources : observation, entretiens avec le personnel et examen des listes d'épidémies du foyer. [741749]