

Rapport public initial

Date d'émission du rapport : 20 juin 2024	
Numéro d'inspection : 2024-1407-0003	
Type d'inspection : Incident critique	
Titulaire de permis : St. Joseph's Care Group	
Foyer de soins de longue durée et ville : Hogarth Riverview Manor, Thunder Bay	
Inspectrice principale/Inspecteur principal Eva Namysl (000696)	Signature numérique de l'inspectrice
Autres inspectrices ou inspecteurs Lauren Tenhunen (196) Christopher Amonson (721027) Arash Pouralborz (000837) Présence lors de l'inspection : Keara Cronin (spécialiste des programmes)	

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : Du 3 au 6 juin 2024

L'inspection concernait :

- Trois dossiers liés à la chute d'une personne résidente ayant entraîné une blessure.
- Quatre dossiers concernant des allégations de soins inappropriés/inadéquats prodigués à une personne résidente par le personnel.
- Un dossier concernant des allégations de mauvais traitement d'ordre physique ou affectif à l'encontre d'une personne résidente par une autre personne résidente.
- Quatre dossiers concernant des allégations de mauvais traitement d'ordre physique ou affectif à l'encontre d'une personne résidente par une autre personne résidente.
- Un dossier concernant un incident entraînant un changement de l'état de santé d'une personne résidente.
- Un dossier lié à la déclaration d'une éclosion de la COVID-19.

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

- Alimentation, nutrition et hydratation
- Prévention et contrôle des infections
- Prévention des mauvais traitements et de la négligence
- Comportements réactifs
- Rapports et plaintes
- 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 (7) de la LRSLD (2021)

Programme de soins

Par. 6 (7) Le titulaire de permis veille à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis au résident, tel que le précise le programme.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis à une personne résidente, tel que le précise son programme.

Justification et résumé

Un rapport d'incident critique (IC) a été soumis au directeur, faisant état d'une allégation de traitement inapproprié/inadéquat qui a entraîné un préjudice à une personne résidente ou un risque pour cette dernière.

Au cours d'une période donnée, le personnel n'a pas fourni les soins prévus dans le programme de soins de la personne résidente.

Cela a été confirmé par une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) et un gestionnaire clinique (GC).

Le risque et l'incidence pour la personne résidente étaient faibles, car les soins personnels étaient assurés.

Sources : Le rapport d'IC, la politique du foyer intitulée « Care and Comfort Rounds, last reviewed March 2023 » (Rondes de soins et de confort, dernière révision en mars 2023), le programme de soins de la personne résidente, les documents du dossier d'enquête du foyer et les entretiens avec le mandataire spécial, la PSSP et le GC. [196]

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) 1 de la LRSLD (2021)

Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

Par. 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. L'administration d'un traitement ou de soins à un résident de façon inappropriée ou incompétente, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident.

Le titulaire de permis n'a pas signalé immédiatement au directeur ou à la directrice les soupçons et les renseignements sur lesquels ils étaient fondés concernant un traitement inapproprié ou inadéquat envers une personne résidente, entraînant un risque de préjudice.

Justification et résumé

Un rapport d'IC a été soumis pour un incident de traitement inapproprié ou inadéquat envers une personne résidente, qui s'est produit à une date précise et qui n'a été signalé au directeur ou à la directrice qu'à une date ultérieure.

Le dossier d'enquête du foyer indique qu'une préoccupation concernant l'administration d'un traitement à une personne résidente a été portée à la connaissance de la personne consultante en ressources cliniques (CRC), mais que l'incident n'a pas été immédiatement signalé au directeur ou à la directrice.

Sources : L'entretien avec le GC, une personne CRC; le rapport d'IC soumis et le

dossier d'enquête d'IC du foyer. [196]

AVIS ÉCRIT : Techniques de transfert et de changement de position

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

Non-respect de : l'article 40 du Règl. de l'Ont. 246/22

Techniques de transfert et de changement de position

Art. 40 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les membres du personnel utilisent des appareils ou des techniques de transfert et de changement de position sécuritaires lorsqu'ils aident les résidents.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les membres du personnel utilisent des techniques de transfert et de changement de position sécuritaires lorsqu'ils aident une personne résidente.

Justification et résumé

Une personne résidente s'est blessée lorsqu'une personne PSSP l'a aidée à changer de position.

Lors des entretiens, deux GC ont confirmé que la personne PSSP n'avait pas respecté la politique du foyer en matière de levage et de transfert sécuritaires lorsqu'elle avait aidé une personne résidente, et que cette dernière s'était blessée.

Sources : Le rapport d'IC, le dossier d'enquête du foyer, les dossiers médicaux de la personne résidente et les entretiens avec une infirmière autorisée (IA) et deux GC. [196]

AVIS ÉCRIT : Comportements réactifs

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

Non-respect de : l'alinéa 58 (4) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Comportements réactifs

Art. 58 (4) Le titulaire de permis veille à ce qui suit pour chaque résident qui affiche

des comportements réactifs :

b) des stratégies sont élaborées et mises en œuvre pour réagir à ces comportements, dans la mesure du possible;

Le titulaire du permis n'a pas veillé à ce que des stratégies soient mises en œuvre pour répondre aux comportements d'une personne résidente.

Justification et résumé

Un rapport d'IC a été soumis au directeur ou à la directrice concernant un incident de soins inappropriés ou inadéquats présumés d'une personne résidente. Plus précisément, une infirmière auxiliaire autorisée (IAA) a été témoin de l'administration d'un traitement à une personne résidente, que cette dernière avait refusé.

Lors des entretiens, le personnel autorisé a indiqué que cette personne résidente était parfois peu coopérative et qu'il existait des stratégies à mettre en œuvre pour l'aider.

Sources : Le rapport d'IC, le programme de soins de la personne résidente, le dossier d'enquête d'IC du foyer, les entretiens avec un visiteur, le personnel autorisé et deux GC. [196]

AVIS ÉCRIT : Gérance de l'équipement de protection individuelle

Problème de conformité n° 005 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 :

b) 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 les normes et les protocoles délivrés par le directeur ou la directrice concernant la prévention et le contrôle des infections, en particulier la gérance de l'équipement de protection individuelle (EPI), soient mis en œuvre.

Justification et résumé

Les observations faites au cours de l'inspection ont montré que le personnel PSSP ne respectait pas les exigences relatives à l'utilisation de l'EPI. En outre, il a été observé dans différentes zones du foyer que de nombreuses pièces portant des panneaux de précautions supplémentaires ne disposaient pas de bacs d'élimination des EPI.

Le personnel et le responsable de la prévention et du contrôle des infections (PCI) ont reconnu que l'EPI approprié devait être porté lors des soins aux personnes résidentes faisant l'objet de précautions supplémentaires. Le responsable de la PCI a confirmé que les personnes résidentes identifiées comme devant prendre des précautions supplémentaires devraient disposer de bacs d'élimination des EPI afin que ceux-ci puissent être jetés avant de quitter la chambre d'une personne résidente. L'examen des vérifications de l'EPI du foyer a révélé que le personnel ne gérait pas l'EPI de manière cohérente.

Sources : Les observations des inspecteurs dans les chambres des personnes résidentes entre le 3 et le 6 juin 2024; la politique du foyer de soins de longue durée intitulée « Équipement de protection individuelle » (révisée en mars 2024); la politique du foyer de soins de longue durée intitulée « Pratiques de base » (révisée en mars 2024); la norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée (avril 2022); et les entretiens avec le personnel praticien de la PCI et le personnel de soins directs. [721027]