

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 : 23 juillet 2024

Numéro d'inspection : 2024-1401-0004

Type d'inspection :

Incident critique

Titulaire de permis : Steeves & Rozema Enterprises Limited

Foyer de soins de longue durée et ville : Lanark Heights Long Term
Care Centre, Kitchener

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 15 au 19 juillet 2024

Les inspections concernaient :

- Registre n° 00120098 – [IL-0128115-AH/Incident critique (IC) 2917-000037-24] – se rapportant à la prévention et à la gestion des chutes;
- Registre n° 00117961 – [[L-0127080-AH/IC 2917-000028-24] – mort soudaine d'une personne résidente.

Cette inspection a permis de fermer le registre suivant :

- Registre n° 00113313 – [IC 2917-000016-24] – se rapportant à la prévention et à la 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

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

Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
Prévention et contrôle des infections
Prévention des mauvais traitements et de la négligence
Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Obligation de protéger

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 24 (1) de la *LRSLD* (2021)

Obligation de protéger

Paragraphe 24 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée protège les résidents contre les mauvais traitements de la part de qui que ce soit et veille à ce que les résidents ne fassent l'objet d'aucune négligence de sa part ou de la part du personnel.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à protéger une personne résidente contre les mauvais traitements d'ordre physique de la part d'une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP).

Le Règl. de l'Ont. 246/22 définit les « mauvais traitements d'ordre physique » comme suit : a) usage de la force physique de la part d'une personne autre qu'un résident pour causer des lésions corporelles ou de la douleur.

Justification et résumé

Une personne résidente a perdu l'équilibre lors d'un contact physique avec une PSSP, ce qui a entraîné une chute et une fracture.

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

Une infirmière autorisée (IA) a déclaré, en analysant l'incident, que si la PSSP n'avait pas eu de contact physique avec la personne résidente, cette dernière ne serait pas tombée.

La gestionnaire des soins aux personnes résidentes a affirmé que cet incident correspond à la définition de mauvais traitements d'ordre physique.

Le défaut de protéger la personne résidente contre les mauvais traitements d'ordre physique a entraîné une blessure pour cette personne.

Sources : Observation des preuves vidéo, dossiers cliniques de la personne résidente, et entretiens avec la gestionnaire des soins aux personnes résidentes et l'IA.

[000865]

AVIS ÉCRIT : Programmes obligatoires

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

Non-respect : de la disposition 1 du paragraphe 53 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programmes obligatoires

Paragraphe 53 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soient élaborés et mis en œuvre au foyer les programmes interdisciplinaires suivants :

1. Un programme de prévention et de gestion des chutes visant à diminuer le nombre de chutes et les risques de blessure.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la PSSP reste auprès d'une personne résidente après qu'elle a fait une chute.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis est tenu de mettre en place un programme de prévention et de gestion des chutes afin de réduire le risque de blessures.

Plus précisément, le foyer ne s'est pas conformé à la politique en matière 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

programme de prévention et de gestion des chutes, qui a été révisée pour la dernière fois le 18 mai 2022.

Justification et résumé

Selon la politique du foyer, lorsqu'une personne résidente tombe, le membre du personnel doit rester auprès d'elle et demander de l'aide.

Une personne résidente a fait une chute dans la salle à manger et devant témoin. Après la chute de cette personne, la PSSP a parlé avec le personnel des services alimentaires, puis a quitté la salle à manger sans informer la personne résidente qu'elle reviendrait. Le personnel des services alimentaires, observant la personne résidente depuis la dépense, a également quitté la salle à manger, y laissant la personne résidente seule.

La gestionnaire des soins aux personnes résidentes a déclaré que, conformément à la politique du foyer, la PSSP n'aurait pas dû laisser la personne résidente sans surveillance après la chute.

La preuve vidéo a révélé que la PSSP et le personnel des services alimentaires ont laissé la personne résidente sans surveillance sur le sol après la chute.

Sources : Observation de la preuve vidéo, programme de prévention et de gestion des chutes – RCM 10-02-01, révisée pour la dernière fois le 18 mai 2022, dossiers cliniques de la personne résidente, et entretiens avec la gestionnaire des soins aux personnes résidentes et l'IA.
[000865]

AVIS ÉCRIT : Plans de mesures d'urgence

Problème de conformité n° 003 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRS LD* (2021).

Non-respect : de la sous-disposition 1 vi du paragraphe 268 (4) du Règl. de l'Ont. 246/22

Plans de mesures d'urgence

Paragraphe 268 (4) Le titulaire de permis veille à ce que les plans 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

mesures d'urgence prévoient ce qui suit :

1. La façon de faire face aux situations d'urgence, notamment :
vi. les urgences médicales,

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un code bleu soit déclenché pour alerter les membres de l'équipe en cas d'étouffement.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis est tenu d'avoir un plan d'urgence pour faire face aux urgences médicales.

Plus précisément, le titulaire de permis n'a pas respecté la politique du foyer intitulée [traduction] « Code bleu – Urgence médicale », selon laquelle une annonce publique doit être faite pour annoncer le code bleu et alerter les membres de l'équipe.

Justification et résumé

Conformément à la politique du foyer intitulée [traduction] « Code bleu – Urgence médicale », le premier membre de l'équipe arrivé sur les lieux doit signaler un code bleu, et un autre membre doit être désigné pour procéder à l'annonce publique.

Étant témoin d'une urgence médicale impliquant une personne résidente, une PSSP a informé une IA de la situation. L'IA a commencé à intervenir et aussi appelé un superviseur des IA pour obtenir de l'aide. Le système d'annonce publique n'a pas été utilisé pour signaler le code bleu et alerter les autres membres de l'équipe du foyer au sujet de l'urgence médicale.

La gestionnaire des soins aux personnes résidentes a confirmé qu'un code bleu aurait dû être déclenché au moment de l'incident.

Le non-respect de la politique du foyer en matière de code bleu a empêché d'autres membres de l'équipe, dans d'autres secteurs du foyer, d'être informés de l'urgence. En conséquence, ils n'ont pas pu intervenir et fournir l'aide nécessaire.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente, entretiens avec la gestionnaire des soins aux personnes résidentes et d'autres membres du personnel, politique du foyer intitulée « Code bleu – Urgence médicale »,

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

révisée pour la dernière fois le 23 novembre 2023.
[000684]