

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 (Ontario) N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

Rapport public initial

Date d'émission du rapport : 11 octobre 2024
Numéro d'inspection : 2024-1399-0004
Type d'inspection : Incident critique
Titulaire de permis : Schlegel Villages inc.
Foyer de soins de longue durée et ville : The Village of Riverside Glen, Guelph

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 10 au 13, du 16 au 20 et le 23 septembre 2024

L'inspection a eu lieu à l'extérieur à la date suivante : 12 septembre 2024

Les inspections concernaient :

Plainte : n° 00123508 – IC n° 2915-000022-24 – relativement à un comportement entraînant une chute.

Plainte : n° 00123594 – IC n° 2915-000023-24 – relativement à de mauvais traitements infligés par une personne résidente sur une autre.

Plainte : n° 00124817 – IC n° 2915-000024-24 – relativement à de mauvais traitements infligés par une personne résidente sur une autre.

Plainte : n° 00124942 – IC n° 2915-000026-24 – relativement à une chute.

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

Prévention et contrôle des infections (Infection Prevention and Control)

Comportements réactifs (Responsive Behaviours)

Prévention des mauvais traitements et de la négligence (Prevention of Abuse and Neglect)

Prévention et gestion des chutes (Falls Prevention and Management)

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Exigences générales

Problème de conformité n° 001 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 34 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Exigences générales

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 (Ontario) N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

Par. 34 (2) Le titulaire de permis veille à ce que les mesures prises à l'égard d'un résident dans le cadre d'un programme, notamment les évaluations, les réévaluations, les interventions et les réactions du résident aux interventions, soient documentées.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les documents soient remplis pour les personnes résidentes.

Justification et résumé

A) Le dossier d'une personne résidente documentait que celle-ci présentait des comportements verbaux, physiques et sociaux inappropriés.

Un médecin a prescrit : continuer le SOD (système d'observation de la démence) pendant 1 semaine, tous les quarts de travail pendant 7 jours [traduction].

Le ou la responsable de l'équipe d'intervention à l'expression personnelle (PERT) a indiqué que le SOD est utilisé et rempli par le personnel du quartier.

Plusieurs occurrences de la documentation n'apparaissaient pas dans le SOD.

Un médecin a consigné que le SOD était incomplet et qu'une partie de la documentation était incorrecte.

Justification et résumé

B) Le dossier d'une personne résidente documentait que celle-ci présentait des comportements agressifs qui étaient déclenchés par les autres personnes résidentes qui entraient dans sa chambre sans y être invitées.

Une personne résidente est entrée dans la chambre de cette personne résidente et il y a eu une altercation entre les deux personnes résidentes.

L'outil du système d'observation de la démence a été amorcé et la documentation était incomplète.

Justification et résumé

C) Le dossier d'une personne résidente documentait que celle-ci avait eu une altercation avec une autre personne résidente.

L'outil du système d'observation de la démence a été amorcé. Le SOD n'a pas été rempli.

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 (Ontario) N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

Justification et résumé

D) Le dossier d'une personne résidente documentait que celle-ci avait eu une altercation avec une autre personne résidente.

L'outil du système d'observation de la démence a été amorcé, mais la documentation était incomplète.

Ne pas remplir l'outil du système d'observation de la démence peut avoir retardé une réponse et un traitement appropriés pour les comportements des personnes résidentes.

Sources : Dossiers cliniques des personnes résidentes, outils du SOD

AVIS ÉCRIT : Gestion de la douleur

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

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

Gestion de la douleur

Par. 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 a omis de veiller à ce qu'une personne résidente soit évaluée au moyen d'un instrument d'évaluation cliniquement approprié lorsque les interventions initiales n'ont pas soulagé sa douleur.

Justification et résumé :

Une personne résidente a fait une chute qui lui a causé de la douleur.

La cote PAINAD a été consignée alors que la cote de douleur augmentait.

L'administration des médicaments contre la douleur a été consignée dans le dossier électronique d'administration des médicaments comme ayant été administrés trois fois, pour ensuite ne pas l'avoir été pendant plusieurs heures.

Deux membres du personnel ont affirmé ne pas se souvenir d'avoir rempli des évaluations de la douleur.

Ne pas évaluer la personne résidente au moyen d'un instrument d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément à cette fin a mis la personne résidente à risque de subir de la douleur pour une période prolongée.

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 (Ontario) N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente, entretiens avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Comportements réactifs

Problème de conformité n° 003 – avis écrit remis aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la *LRSLD* (2021)

Non-respect de : la disposition 58 (4) c) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Comportements réactifs

Par. 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 respecté l'ordonnance du médecin lorsqu'une personne résidente a affiché des expressions physiques envers le personnel et les personnes résidentes.

Justification et résumé :

Une personne résidente était connue pour afficher des comportements d'expression physique.

Un médecin a prescrit : Appeler le médecin immédiatement si la personne résidente manifeste des expressions physique envers le personnel ou les personnes résidentes et continuer le SOD pendant 1 semaine, tous les quarts de travail pendant 7 jours [traduction].

Le ou la responsable de l'équipe d'intervention à l'expression personnelle (PERT) a indiqué que le SOD devait être rempli par les PSSP.

Un ou une membre du personnel a affirmé qu'il y avait une ordonnance pour aviser le médecin lorsque la personne résidente manifestait des expressions physiques de comportement envers les autres.

La documentation du SOD pour la personne résidente indiquait des coups et une agression.

Un médecin a consigné que le SOD était incomplet et qu'il ou elle n'avait pas été avisé(e) immédiatement des comportements lorsqu'ils se sont produits.

Ne pas aviser immédiatement le médecin des comportements abusifs d'une personne résidente aurait pu retarder les interventions opportunes de traitement du médecin.

Sources : Dossier clinique de la personne résidente, entretien avec le personnel.

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 (Ontario) N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

AVIS ÉCRIT : Altercations et autres interactions

Problème de conformité n° 004 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154(1)1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 59 b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Altercations entre les résidents et autres interactions

Art. 59. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que des mesures soient prises afin de réduire au minimum les risques d'altercations et d'interactions susceptibles de causer un préjudice entre les résidents, notamment :

b) en déterminant des mesures d'intervention et en les mettant en œuvre.

Le titulaire de permis a omis de s'assurer que des mesures ont été prises pour minimiser le risque d'altercations et d'interactions potentiellement préjudiciables entre des personnes résidentes lorsque les interventions n'ont pas été mises en œuvre telles qu'elles étaient consignées pour une personne résidente.

Justification et résumé :

A) Une personne résidente a subi une blessure lorsqu'elle a déambulé dans la chambre d'une autre personne résidente.

Une personne résidente était connue pour afficher des comportements territoriaux au sujet des autres entrant dans sa chambre.

Les interventions du programme de soins d'une personne résidente n'ont pas été mises en œuvre.

Le personnel a affirmé que ces interventions auraient empêché une autre personne résidente d'entrer dans l'espace de la personne résidente.

Lorsque les interventions n'ont pas été respectées pour une personne résidente, une autre personne résidente a subi des blessures.

Justification et résumé :

B) Une personne résidente était connue pour afficher des comportements territoriaux.

Les interventions du programme de soins de la personne résidente n'ont pas été mises en œuvre.

Le personnel a affirmé que ces interventions auraient empêché une autre personne résidente d'entrer dans l'espace 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 (Ontario) N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

Lorsqu'une personne résidente a déambulé dans l'espace personnel d'une autre personne résidente que cette dernière a tenté de la faire partir, il y a eu une altercation et la personne résidente a été blessée.

Lorsque le programme de soins d'une personne résidente n'a pas été respecté, elle a subi une blessure après s'être engagée dans une altercation physique.

Sources : Dossiers cliniques des personnes résidentes, entretien avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Rapports sur les incidents critiques

Problème de conformité n° 005 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1. de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 115 (6) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Rapports : incidents graves

Par. 115 (6) Le titulaire de permis veille à ce que le mandataire spécial du résident, s'il y en a un, ou toute autre personne désignée par l'un ou l'autre soit avisé promptement d'une lésion ou d'une maladie grave qu'a le résident, conformément aux directives fournies par la ou les personnes qui doivent en être avisées. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 115 (6).

Le titulaire de permis a omis d'aviser promptement le ou la mandataire spécial(e) d'une personne résidente lorsque celle-ci a fait une chute et a été blessée.

Justification et résumé :

Une personne résidente a fait une chute avec une douleur non soulagée malgré les médicaments contre la douleur administrés.

Le ou la membre du personnel a consigné que la personne mandataire n'avait pas été avisée.

Le ou la membre du personnel a déclaré ne pas avoir téléphoné à la personne mandataire, car il ou elle était occupé(e) et n'a pas pensé à téléphoner.

Le ou la membre du personnel a déclaré avoir avisé la personne mandataire de l'incident plusieurs heures plus tard, après avoir évalué la personne résidente, et la personne mandataire a accepté que la personne résidente soit envoyée à l'hôpital à ce moment-là.

Ne pas aviser rapidement la personne mandataire de la chute d'une personne résidente et de sa condition peut avoir retardé le traitement de la personne résidente.

Sources : Dossier clinique de la personne résidente, entretiens avec le personnel, communication par courriel.