

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 : 8 juillet 2024

Numéro d'inspection : 2024-1410-0003

Type d'inspection :

Plainte
Incident critique

Titulaire de permis : Steeves & Rozema Enterprises Limited

Foyer de soins de longue durée et ville : St. Andrew's Terrace Long
Term Care Community, Cambridge

Inspectrice principale
Brittany Nielsen (705769)

Signature numérique de l'inspectrice

Brittany
Nielsen

Digitally signed by Brittany
NIELSEN
Date: 2024.07.10 09:56:07
+04'00'

Autres inspectrices / autres inspecteurs

Sarah Doepel (000858)
Bhavin Mistry (000863)

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 12 au 14 et du 18 au 20 juin 2024

L'inspection concernait :

- Registre n° 00114463 – en lien avec des allégations de négligence envers une personne résidente de la part du personnel;
- Registre n° 00114907 – plainte concernant une fracture subie par une personne résidente et des allégations d'un transfert effectué de façon inappropriée par 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 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
- Soins liés à l'incontinence
- Prévention et contrôle des infections
- Foyer sûr et sécuritaire
- Prévention des mauvais traitements et de la négligence
- Rapports et plaintes
- Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

Problème de conformité corrigé

Un **problème de conformité** a été constaté lors de cette inspection et a été **corrigé** par le titulaire de permis avant la fin de l'inspection. L'inspectrice a estimé que la non-conformité répondait à l'intention du paragraphe 154 (2) et ne nécessitait pas d'action supplémentaire.

Problème de conformité Corrigé en vertu du paragraphe 154 (2) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de la sous-disposition 1 i du paragraphe 12 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Portes dans le foyer

Paragraphe 12 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au respect des règles suivantes :

1. Toutes les portes donnant sur un escalier et sur l'extérieur du foyer, à l'exception des portes donnant sur des aires sécuritaires à l'extérieur qui empêchent les résidents de sortir, y compris les balcons et les terrasses, ou des portes auxquelles les résidents n'ont pas accès, doivent être, à la fois :
 - i. gardées fermés et verrouillés,

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la porte en bas de l'escalier près de l'entrée principale soit gardée fermée et verrouillée en tout temps.

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

Justification et résumé

Les 12 et 19 juin 2024, la porte en bas de l'escalier près de l'entrée principale avait été laissée déverrouillée et sans surveillance, permettant à quiconque d'accéder à l'escalier.

Le personnel a dit que la porte aurait dû être gardée fermée et verrouillée en tout temps.

Le 19 juin 2024, le personnel a réparé la porte pour qu'elle puisse être fermée correctement. Après cela, la porte s'est refermée automatiquement après le passage de l'inspectrice.

Le défaut de veiller à ce que la porte soit gardée fermée et verrouillée en tout temps a mis les personnes résidentes en danger, car elles avaient accès à l'escalier.

Sources : Observations de la porte et entretiens avec le personnel.

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : 19 juin 2024
[705769]

AVIS ÉCRIT : Rapports : incidents graves

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

Non-respect : de la disposition 4 du paragraphe 115 (3) du Règl. de l'Ont. 246/22

Rapports : incidents graves

Paragraphe 115 (3) Le titulaire de permis veille, d'une part, à aviser le directeur lorsque se produisent au foyer les incidents suivants et ce, au plus tard un jour ouvrable après l'incident, et, d'autre part à faire suivre le rapport exigé au paragraphe (5) :

4 Sous réserve du paragraphe (4), un incident cause à un résident une lésion nécessitant son transport à l'hôpital et provoque un changement important dans son état de santé.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le directeur soit avisé au plus tard un

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

jour ouvrable après un incident qui a causé à une personne résidente une lésion nécessitant son transport à l'hôpital et qui a provoqué un changement important dans son état de santé.

Justification et résumé

Une personne résidente a fait une chute dont personne n'a été témoin. Le médecin a évalué la personne résidente et a demandé des radiographies pour exclure une fracture causée par une chute, et la personne résidente a été transportée à l'hôpital en raison d'une fracture confirmée.

L'évaluation de la mobilité et des transferts de la personne résidente a été effectuée en raison d'un changement significatif de son état.

Le personnel a reconnu que le foyer n'avait pas soumis de rapport d'incident critique.

Puisque le foyer n'a pas informé le directeur de l'incident, ce dernier n'a pas été en mesure d'intervenir rapidement.

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

[000858]