

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 de London

130, avenue Dufferin, 4^e étage,
London (Ontario) N6A 5R2,
Téléphone : 800 663-3775

Rapport public initial

Date d'émission du rapport : 3 mai 2024

Numéro d'inspection : 2024-1621-0001

Type d'inspection :

Suivi des incidents critiques

Titulaire de permis : The Corporation of the Municipality of Chatham-Kent

Foyer de soins de longue durée et ville : Riverview Gardens, Chatham

Inspectrice principale/Inspecteur principal

Debra Churcher (670)

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

Debra Churcher

signé numériquement par
Debra Churcher
Date : 2024.05.13 06:57:19 -04'00'

Autres inspectrices ou inspecteurs

Stacey Sullo (000750)
Cassandra Taylor (725)

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 16, 17, 18, 19, 22, 23, 24, 25, 26 avril 2024

L'inspection concernait :

- Le dossier : n° 00106431 – plainte liée à des allégations de négligence
- Le dossier : n° 00107354 – rapport du système de rapport d'incidents critiques n° M626-000004- 24 lié à un décès inattendu.
- Le dossier : n° 00107385 – plainte liée à des allégations de négligence
- Le dossier : n° 00107517 – plainte liée à des allégations de négligence
- Le dossier : n° 00109986 – suivi de OC n° 002 relatif au paragraphe 3 (1) 18 de la LRSLD (2021)

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 de London

130, avenue Dufferin, 4^e étage,
London (Ontario) N6A 5R2,
Téléphone : 800 663-3775

lié à la charte des droits des personnes résidentes en matière de protection de la vie privée, date d'échéance de conformité : 29/03/2024

· Le dossier : n° 00109987 – suivi de l'OC n° 001 par. 24 (1) de la LRSLD (2021) relatif au devoir de protection,, date d'échéance de conformité initiale : 29/03/2024. Date d'échéance de conformité modifiée en 19/04/2024.

· Le dossier : n° 00111256 – plainte liée à des allégations de négligence

· Le dossier : n° 00111486 – système de rapport d'incidents critiques n° M626-000016-24 relatif à une plainte déposée auprès du foyer en raison de négligence.

· Le dossier : n° 00111551 – système de rapport d'incidents critiques n° M626-000018-24 relatif à une plainte déposée auprès du foyer en raison de négligence.

· Le dossier : n° 00111724 – système de rapport d'incidents critiques n° M626-000019-24 lié à une allégation de traitement inapproprié/inadéquat.

Ordres de conformité délivrés antérieurement

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

Ordre n° 002 de l'inspection n° 2023-1621-0008 lié à l'al. 3 (1) 18 de la LRSLD (2021) inspecté par Cassandra Taylor (725)

Ordre n° 001 de l'inspection n° 2023-1621-0008 lié au par. 24 (1) de la LRSLD (2021) inspecté par Debra Churcher (670)

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

Foyer sûr et sécuritaire

Prévention des mauvais

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 de London

130, avenue Dufferin, 4^e étage,
London (Ontario) N6A 5R2,
Téléphone : 800 663-3775

traitements et de la négligence

Droits et choix des personnes
résidentes

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 (4) de la LRSLD (2021)

Programme de soins

Par. 6 (4) Le titulaire de permis veille à ce que le personnel et les autres personnes qui participent aux différents aspects des soins du résident collaborent ensemble à ce qui suit :

- (a) l'évaluation du résident de sorte que leurs évaluations s'intègrent les unes aux autres, soient compatibles les unes avec les autres et se complètent;
- (b) l'élaboration et la mise en œuvre du programme de soins de sorte que les différents aspects des soins s'intègrent les uns aux autres, soient compatibles les uns avec les autres et se complètent.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel et les autres personnes participant aux différents aspects des soins prodigués aux personnes résidentes collaborent à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de soins de sorte que les différents aspects des soins s'intègrent les uns aux autres, soient compatibles les uns avec les autres et se complètent.

Justification et résumé :

L'examen du dossier clinique d'une personne résidente a montré que cette dernière souffrait d'un problème médical qui a entraîné la mise en place de mesures d'interventions par le médecin pour une nuit à une date donnée. Une ordonnance du médecin datée de deux jours plus tard a interrompu 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 de London

130, avenue Dufferin, 4^e étage,
London (Ontario) N6A 5R2,
Téléphone : 800 663-3775

mesure d'intervention. Une note d'évolution datée du même jour que l'ordre d'interrompre la mesure d'intervention indique que la personne résidente a de nouveau développé le problème médical et que la mesure d'intervention n'a donc pas été interrompue et que le médecin en serait informé le lendemain.

Un infirmier autorisé ou une infirmière autorisée (IA) a déclaré qu'il ou elle n'avait pas appelé le médecin, car celui-ci ne souhaitait généralement pas être appelé après une certaine heure de la journée.

Un infirmier ou une infirmière gestionnaire a déclaré qu'il ou elle aurait appelé le médecin pour lui dire que la mesure d'intervention n'avait pas été interrompue et lui en donner les raisons et qu'elle n'aurait pas attendu le lendemain.

L'absence de collaboration avec le médecin a exposé la personne résidente à de multiples complications médicales.

Sources :

le dossier clinique d'une personne résidente et les entretiens avec un ou une IA et un infirmier ou une infirmière gestionnaire. [670]

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité n° 002 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 la personne résidente, tel que le précise le programme.

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 de London

130, avenue Dufferin, 4^e étage,
London (Ontario) N6A 5R2,
Téléphone : 800 663-3775

Justification et résumé :

L'examen du dossier clinique de la personne résidente a montré qu'un échantillon de laboratoire a été obtenu, mais n'a pas pu être testé, car il n'était pas étiqueté et qu'un autre échantillon de laboratoire a été obtenu, mais n'a pas pu être testé, car il n'était pas étiqueté correctement.

Un infirmier ou une infirmière gestionnaire a déclaré que les échantillons de laboratoire devaient être correctement étiquetés, tant au niveau de la demande que de l'échantillon.

La mauvaise gestion des échantillons de laboratoire a exposé la personne résidente au risque de recevoir un traitement inefficace et à un retard potentiel dans le traitement.

Sources :

le dossier clinique d'une personne résidente et
l'entretien avec un infirmier ou une infirmière
gestionnaire. [670]

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 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 : il est aisément visible, accessible et utilisable par les personnes résidentes.

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 de London

130, avenue Dufferin, 4^e étage,
London (Ontario) N6A 5R2,
Téléphone : 800 663-3775

A) Justification et résumé :

Lors d'une observation d'une personne résidente, il a été constaté que la sonnette d'appel se trouvait sur le lit, hors de sa portée. La personne résidente a indiqué qu'elle utilisait la sonnette d'appel pour aller aux toilettes et a pu démontrer l'utilisation de la sonnette d'appel.

L'examen du programme de soins de la personne résidente a montré qu'il fallait renforcer la nécessité d'appeler à l'aide et de garder la sonnette d'appel à portée de main.

Lors d'un entretien avec un infirmier ou une infirmière gestionnaire, celui-ci ou celle-ci a reconnu que la personne résidente devait avoir sa sonnette d'appel à portée de main et accessible à tout moment lorsqu'elle se trouve dans sa chambre.

Le fait que la sonnette d'appel des personnes résidentes n'est pas accessible les expose à un risque de ne pas pouvoir appeler à l'aide.

Sources :

observation d'une personne résidente et entretien avec un infirmier ou une infirmière gestionnaire.

[670]

B) Justification et résumé :

Il a été constaté que la sonnette d'appel d'une personne résidente était hors de portée de cette dernière.

Lors d'un entretien avec une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP), celle-ci a confirmé que les personnes résidentes devaient toujours avoir leur sonnette d'appel à portée de main.

Le fait que la personne résidente n'ait pas accès à tout moment au système de communication bilatérale (sonnette d'appel) présentait un risque.

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 de London

130, avenue Dufferin, 4^e étage,
London (Ontario) N6A 5R2,
Téléphone : 800 663-3775

Sources :

entretien avec le personnel et
observation de la personne résidente.
[000750]

C) Justification et résumé :

À trois reprises, il a été constaté que la sonnette d'appel d'une personne résidente était hors de portée de cette dernière.

Deux PSSP ont confirmé que la sonnette d'appel d'une personne résidente devait toujours être à sa portée.

Un infirmier ou une infirmière gestionnaire a confirmé que l'ensemble du personnel devait veiller à ce que les personnes résidentes aient toujours leur sonnette d'appel à portée de main.

Le fait que la personne résidente n'ait pas accès à tout moment au système de communication bilatérale (sonnette d'appel) présentait un risque.

Sources :

observations de la personne résidente et entretiens avec les
PSSP et un infirmier ou une infirmière gestionnaire [000750]

AVIS ÉCRIT : Soins buccaux

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

Non-respect de : l'alinéa 38 (1) a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Soins buccaux

Par. 38 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque résident du foyer reçoive des soins buccaux lui permettant de conserver l'intégrité des tissus buccaux. On entend notamment ce qui suit par soins buccaux :
(a) les soins de la bouche matin et soir, notamment le nettoyage des prothèses

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 de London

130, avenue Dufferin, 4^e étage,
London (Ontario) N6A 5R2,
Téléphone : 800 663-3775

dentaires;

Justification et résumé :

Lors des observations effectuées à trois dates distinctes et à des heures différentes, il a été constaté que les outils d'hygiène bucco-dentaire de la personne résidente étaient secs et que celle-ci avait des débris buccaux.

Lors des entretiens avec les deux PSSP, les deux employés n'ont pas pu se rappeler si la personne résidente avait reçu des soins buccaux aux dates en question, mais ils ont confirmé que si les outils de soins buccaux étaient secs cela signifiait que la personne résidente n'avait pas reçu de soins buccaux.

Un infirmier ou une infirmière gestionnaire a confirmé que le personnel devait prodiguer des soins buccaux aux personnes résidentes après le déjeuner et après le souper, et ce, chaque jour.

Le fait de ne pas prodiguer de soins buccaux présente un risque de problèmes médicaux.

Sources :

les dossiers cliniques de la personne résidente et les

entretiens avec le personnel. [000750]

AVIS ÉCRIT : Programmes obligatoires

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

Non-respect de : l'alinéa 53 (1) 3) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programmes obligatoires

Par. 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 :

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 de London

130, avenue Dufferin, 4^e étage,
London (Ontario) N6A 5R2,
Téléphone : 800 663-3775

3. Un programme de facilitation des selles et de soins liés à l'incontinence visant à promouvoir la continence et à faire en sorte que les résidents soient propres et au sec et se sentent en confort.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la documentation soit remplie pour la personne résidente n° 005 après la pose d'un cathéter.

11. (1) si la Loi ou le présent règlement exige que le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée ait, établisse ou par ailleurs mette en place un plan, une politique, un protocole, un programme, une marche à suivre, une stratégie, une initiative ou un système, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que ceux-ci : (b) soient respectés.

Justification et résumé :

Une personne résidente a fait l'objet d'une intervention à une date donnée par l'IA n° 115 et l'IA n° 119. L'IA n° 115 a rédigé une note d'évolution et l'IA n° 119 ne l'a pas fait. La personne résidente a développé des complications après l'intervention. L'IA n° 115 et l'IA n° 114 s'occupent de la personne résidente. L'IA n° 115 a rédigé une note d'évolution et l'IA n° 114 ne l'a pas fait.

Une enquête interne a été ouverte et il a été demandé aux IA n° 114 et n° 115 de rédiger une entrée tardive reflétant les mesures prises. L'IA n° 114 a effectué une entrée tardive 8 jours plus tard. L'IA n° 115 a effectué une entrée tardive 17 jours plus tard.

La politique du foyer relative à la procédure énumère les données spécifiques qui doivent être incluses dans la documentation après une intervention et l'examen de la documentation tardive ne comprenait pas toutes les données requises.

Lors d'un entretien avec la directrice des soins infirmiers (DSI), celle-ci a indiqué que l'on s'attendait à ce que le personnel suive la politique et qu'il aurait dû inclure toutes les données requises.

Le fait de ne pas s'assurer que la politique soit respectée en ce qui concerne 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 de London

130, avenue Dufferin, 4^e étage,
London (Ontario) N6A 5R2,
Téléphone : 800 663-3775

documentation de la procédure a exposée la personne résidente à un risque.

Sources :

les dossiers de la personne résidente, la politique du foyer et les entretiens avec le personnel. [725]

AVIS ÉCRIT : Rapports : incidents graves

Problème de conformité n° 006 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 115 (4) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Rapports : incidents graves

Par. 115 (4) S'il survient un incident qui cause une lésion à un résident et nécessite son transport à un hôpital, mais que le titulaire de permis n'est pas en mesure d'établir dans un jour ouvrable si la lésion a provoqué un changement important dans l'état de santé du résident, le titulaire fait ce qui suit :

(b) s'il établit que la lésion a provoqué un changement important dans l'état de santé du résident ou qu'il n'est toujours pas en mesure d'établir si cette lésion a provoqué un tel changement, il avise le directeur de l'incident au plus tard trois jours ouvrables après l'incident et il fait suivre le rapport exigé au paragraphe (5).
Règl. de l'Ont. 246/22, par. 115 (4)

Le titulaire de permis n'a pas signalé une blessure qui a entraîné une hospitalisation et un changement important de l'état d'une personne résidente.

Justification et résumé :

Une personne résidente a été hospitalisée après avoir subi une intervention du foyer et avoir eu des complications. Le lendemain, l'IA a reçu un rapport indiquant que la personne résidente a été admise à l'hôpital en raison d'une blessure causée par l'intervention effectuée au foyer. La personne résidente est revenue au foyer trois jours plus tard avec des médicaments et des symptômes supplémentaires.

Lors d'un entretien, un infirmier ou une infirmière gestionnaire a indiqué qu'il ou elle était au courant lors de sa lecture du rapport de 24 heures, deux jours avant le retour de la personne résidente dans le foyer, mais qu'il ou elle ne l'avait pas

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 de London

130, avenue Dufferin, 4^e étage,
London (Ontario) N6A 5R2,
Téléphone : 800 663-3775

signalé.

La DSI a indiqué que l'incident aurait dû être signalé.

Le fait de ne pas signaler l'incident à la directrice ne présentait aucun risque pour la personne résidente.

Sources :

les dossiers médicaux d'une personne résidente

et les entretiens avec le personnel. [725]

AVIS ÉCRIT : Entreposage sécuritaire des médicaments

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

Non-respect du : sous-alinéa 138 (1) a) (ii) du Règl. de l'Ont. 246/22

Entreposage sécuritaire des médicaments

Par. 138 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

- (a) les médicaments sont entreposés dans un endroit ou un chariot à médicaments qui réunit les conditions suivantes,
- (ii) il est sûr et verrouillé,

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les médicaments soient entreposés dans un endroit ou un chariot à médicaments sûr et verrouillé.

A) Justification et résumé :

Le 16 avril 2024, un chariot de traitement a été vu sans surveillance et non verrouillé dans le couloir, avec la clé dans le chariot dans les deux unités ouest. Il a été constaté que des ciseaux, de nombreuses crèmes avec ou sans ordonnance et des pansements se trouvaient dans le chariot. Des personnes résidentes étaient présentes dans le salon voisin.

Un infirmier ou une infirmière gestionnaire a déclaré qu'il ne fallait pas laisser les

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 de London

130, avenue Dufferin, 4^e étage,
London (Ontario) N6A 5R2,
Téléphone : 800 663-3775

clés dans le chariot et que celui-ci devait être verrouillé lorsqu'il n'était pas surveillé.

Le fait de ne pas s'assurer que le chariot était verrouillé et sûr a mis les personnes résidentes en danger, car elles pouvaient accéder au contenu du chariot.

Sources :

les observations du chariot de traitement et les entretiens

avec un infirmier ou une infirmière gestionnaire. [670]

B) Justification et résumé

Le 16 avril 2024, lors d'une observation de l'unité 3 de l'est, il a été constaté que le chariot de traitement était verrouillé et que la clé se trouvait à l'intérieur de la serrure. L'infirmier ou l'infirmière gestionnaire n° 102 a indiqué que les clés n'auraient pas dû être laissées dans le chariot.

Lors d'une observation de l'unité 3 de l'ouest, il a été constaté que le chariot de traitement était verrouillé et que la clé se trouvait à l'intérieur de la serrure. L'infirmier auxiliaire autorisé ou l'infirmière auxiliaire autorisée (IAA) n° 101 a retiré les clés de la serrure.

Lors d'une observation de l'unité 5 de l'ouest, il a été constaté que le chariot de traitement était déverrouillé et que les clés se trouvaient à l'intérieur de la serrure. L'IA n° 103 a indiqué que le chariot aurait dû être verrouillé et que les clés auraient dû être retirées de la serrure.

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 de London

130, avenue Dufferin, 4^e étage,
London (Ontario) N6A 5R2,
Téléphone : 800 663-3775

Un infirmier ou une infirmière gestionnaire a indiqué que l'infirmier ou l'infirmière responsable du traitement aurait dû verrouiller le chariot et retirer les clés.

Le fait de ne pas verrouiller le chariot de traitement et de ne pas retirer les clés présentait un risque pour les personnes résidentes qui pouvaient avoir accès au contenu des chariots.

Sources :

les observations et les entretiens
avec le personnel. [725]

AVIS ÉCRIT : Dossiers des résidents

Problème de conformité n° 008 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 274 (b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Dossiers des résidents

Article 274 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que :
(b) le dossier écrit du résident soit tenu à jour en tout temps.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le dossier de la personne résidente soit tenu à jour en tout temps.

Justification et résumé :

L'examen du dossier clinique d'une personne résidente a montré que cette dernière avait été évaluée par un ou une IA qui avait noté qu'un signe vital spécifique ne se situait pas dans la plage normale, mais qu'aucune évaluation physique liée à ce signe vital anormal n'a pu être trouvée.

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 de London

130, avenue Dufferin, 4^e étage,
London (Ontario) N6A 5R2,
Téléphone : 800 663-3775

Lors d'un entretien avec l'IA, celui-ci ou celle-ci a déclaré qu'il ou elle pensait avoir effectué l'évaluation, mais qu'il ou elle ne l'avait pas documentée.

Lors d'un entretien, un infirmier ou une infirmière gestionnaire a déclaré que toutes les évaluations devaient être documentées.

Le fait de ne pas documenter les évaluations expose la personne résidente à un risque d'évolution non identifiée de son état.

Sources :

le dossier clinique d'une personne résidente et
les entretiens avec le personnel. [670]