

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-Est
33, rue King West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Rapport public initial

Date d'émission du rapport : 23 mai 2024	
Numéro d'inspection : 2024-1451-0003	
Type d'inspection : Plainte	
Titulaire de permis : The Mennonite Home Association of York County	
Foyer de soins de longue durée et ville : Parkview Home Long-Term Care, Stouffville	
Inspectrice principale/Inspecteur principal Deborah Nazareth (741745)	Signature numérique de l'inspectrice/Signature numérique de l'inspecteur
Autres inspectrices ou inspecteurs	

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a été menée sur place aux dates suivantes : Les 29 et 30 avril et les 1^{er}, 2, 6, 7 et 8 mai 2024

L'inspection suivante concernait :

- Une plainte liée à la surmédication, aux chutes et à la perte de poids.

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

Prévention et prise en charge des lésions cutanées et des plaies (Skin and Wound Prevention and Management)
Alimentation, nutrition et hydratation (Food, Nutrition and Hydration)
Prévention et gestion des chutes (Falls Prevention and Management)

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Obligation de protéger

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-Est
33, rue King West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Non-conformité n° 001 Avis écrit remis aux termes de la disposition 154(1)1. de la LRSLD
(2021)

Non-respect de la disposition : LRSLD, 2021, par. 24 (1)

Obligation de protéger

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 ce qu'une personne résidente ne fasse l'objet d'aucune négligence de la part d'une infirmière ou d'un infirmier auxiliaire autorisé (IAA).

La « négligence » est définie à l'article 7 du Règl. de l'Ont. 246/22 comme étant le défaut de fournir à une personne résidente les traitements, les soins, les services ou l'aide nécessaires à sa santé, à sa sécurité ou à son bien-être. Il peut s'agir en outre d'une inaction ou d'une tendance à l'inaction qui compromet la santé, la sécurité ou le bien-être d'un ou de plusieurs personnes résidentes.

Justification et résumé

Une plainte a été reçue concernant les soins fournis à une personne résidente par le foyer de soins de longue durée (FSLD). À une date précise, le personnel du quart de jour a trouvé des blessures sur le corps d'une personne résidente; aucun incident n'a été signalé. La personne résidente a été transférée à l'hôpital et a eu besoin d'une intervention supplémentaire.

L'enquête du FSLD a révélé que la personne résidente avait vécu un incident sans témoin au cours du quart de nuit précédent. L'incident de la personne résidente a été signalé à l'IAA par une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP). L'IAA a affirmé avoir terminé l'évaluation de la personne résidente pendant le quart de nuit, mais aucune documentation n'appuie cette affirmation. L'IAA n'a ni entrepris ni réalisé des évaluations post-incident et n'a pas communiqué au personnel du quart de travail suivant que la personne résidente avait subi un incident.

La directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI) a reconnu que l'IAA n'avait pas suivi le protocole du FSLD pour la prise en charge post-incident ni entrepris les évaluations requises de la personne résidente. L'IAA était au courant des attentes établies dans la politique et la procédure du FSLD et a fait l'objet de mesures disciplinaires en raison de cet incident.

Le bien-être de la personne résidente a été compromis lorsque l'IAA a négligé de l'évaluer

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-Est
33, rue King West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

après un incident sans témoin.

Sources : Dossier clinique de la personne résidente, notes d'enquête du FSLD, politique du FSLD sur la prévention des chutes (Fall Prevention Program), entretien avec le ou la DSI. [741745]

AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes

Non-conformité n° 002 Avis écrit remis aux termes de la disposition 154(1)1. de la LRSLD (2021)

Non-respect de la disposition : Règl. de l'Ont. 246/22, par. 54 (2)

Prévention et gestion des chutes

54 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le résident qui fait une chute fasse l'objet d'une évaluation et à ce que, si l'état ou la situation du résident l'exige, une évaluation postérieure à sa chute soit effectuée au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour les chutes. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 54(2); Règl. de l'Ont. 66/23, art. 11

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente victime d'un incident sans témoin soit évaluée et à ce qu'une évaluation postérieure à sa chute soit effectuée à l'aide d'un outil d'évaluation approprié sur plan clinique conçu expressément pour les chutes.

Justification et résumé

Une plainte a été reçue concernant les soins fournis à une personne résidente par le FSLD. À une date précise, le personnel du quart de jour a trouvé des blessures sur le corps d'une personne résidente; aucun incident n'a été signalé. La personne résidente a été transférée à l'hôpital et a eu besoin d'une intervention supplémentaire.

L'enquête du FSLD a révélé que la personne résidente avait vécu un incident sans témoin au cours du quart de nuit précédent. L'incident de la personne résidente a été signalé à l'IAA par une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP). L'IAA a affirmé avoir terminé l'évaluation de la personne résidente pendant le quart de nuit, mais aucune documentation n'appuie cette affirmation. L'IAA n'a ni entrepris ni réalisé des évaluations post-incident et n'a pas communiqué au personnel du quart de travail suivant que la personne résidente avait subi un incident.

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-Est
33, rue King West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Conformément à la politique du FSLD relativement au programme de prévention des chutes, le personnel autorisé doit suivre un protocole de gestion postérieure à la chute qui comprend : une évaluation de la tête aux pieds, les premiers soins au besoin, une vérification de routine en cas de traumatisme crânien pour toutes les chutes sans témoin et une évaluation postérieure à la chute.

La ou le DSI a reconnu que l'IAA n'avait pas suivi le protocole du FSLD pour la prise en charge post-incident ni entrepris les évaluations requises de la personne résidente. L'IAA était au courant des attentes établies dans la politique et la procédure du FSLD et a fait l'objet de mesures disciplinaires en raison de cet incident.

La personne résidente a été mise en danger par le défaut d'effectuer l'évaluation postérieure à la chute et la vérification de routine en cas de traumatisme crânien, ce qui aurait pu entraîner un retard dans l'identification de tout changement d'état de santé à la suite de son incident sans témoin.

Sources : Dossier clinique de la personne résidente, notes d'enquête du FSLD, politique du FSLD sur la prévention des chutes (Fall Prevention Program), entretien avec le ou la DSI.
[741745]

AVIS ÉCRIT : Changements de poids

Non-conformité n° 003 Avis écrit aux termes de la disposition 154(1)1. de la LRSLD (2021)

Non-respect de la disposition : Règl. de l'Ont. 246/22, art. 75 1.

Changements de poids

75 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les résidents dont le poids subit les changements suivants soient évalués au moyen d'une méthode interdisciplinaire et à ce que des mesures soient prises et les résultats évalués :

1. Un changement d'au moins 5 % du poids corporel survenu sur un mois.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente dont le poids corporel a varié de plus de 5 % sur une période d'un mois soit évaluée suivant une méthode interdisciplinaire, à ce que des mesures soient prises et à ce que les résultats soient évalués.

Justification et résumé

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-Est

33, rue King West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Une plainte a été reçue concernant les changements de poids d'une personne résidente. La personne résidente a connu un changement de poids de 8,5 % (%) sur une période d'un mois. Il n'y a eu aucune recommandation ou évaluation diététique de la personne résidente concernant son changement de poids jusqu'à environ un mois plus tard. Cependant, cette évaluation a seulement été effectuée en raison d'une nouvelle altération de l'intégrité épidermique survenue chez la personne résidente.

La ou le DSI a confirmé que la politique du FSLD sur la surveillance du poids et de la taille ordonne au personnel enregistré de soumettre une demande de consultation d'une ou d'un diététiste en cas de changement de poids de 2,0 kg ou plus ou d'un changement de poids de plus de 5 %. La ou le DSI a reconnu que le personnel inscrit aurait dû soumettre une demande de consultation d'une ou d'un diététiste en raison du changement de poids de la personne résidente au moment où celui-ci a été consigné.

Les facteurs contributifs au changement de poids n'ont pas été identifiés et aucune mesure n'a été prise pour atténuer la détérioration de l'état de santé ou le risque nutritionnel en raison du défaut d'entreprendre ou de réaliser une évaluation interdisciplinaire en réponse au changement de poids de la personne résidente.

Sources : Dossier clinique de la personne résidente, politique du FSLD sur la surveillance du poids et de la taille (Weight & Height Monitoring), entretiens avec la ou le DSI et d'autres membres du personnel. [741745]