

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 Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Rapport public

Date d'émission du rapport : 16 décembre 2024

Numéro d'inspection : 2024-1477-0003

Type d'inspection :

Plainte
Incident critique

Titulaire de permis : 859530 Ontario Inc. (fonctionnant sous le nom Jarlette Health Services)

Foyer de soins de longue durée et ville : Royal Rose Place, Welland

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 12 au 14 et du 18 au 21 novembre 2024

L'inspection a eu lieu à l'extérieur aux dates suivantes : le 15 novembre 2024

L'inspection concernait les demandes découlant d'un incident critique (IC) suivantes :

- Demande n° 00121772/IC n° 3049-000052-24, demande n° 00123793/IC n° 3049-000056-24 et demande n° 00129329/IC n° 3049-000072-24, liées à la prévention des mauvais traitements et de la négligence.
- Demande n° 00122423/IC n° 3049-000053-24, demande n° 00122546/IC n° 3049-000054-24 et demande n° 00128456/IC n° 3049-000069-2, liées à la prévention des mauvais traitements et de la négligence.
- Demande n° 00125934/IC n° 3049-000059-24, liée à la prévention et à la gestion des chutes

L'inspection concernait les demandes découlant d'une plainte suivantes :

- Demande n° 00125895 portant sur les soins liés à l'incontinence, à la prévention et à la gestion des chutes, à l'alimentation, à la nutrition et à

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 Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

l'hydratation, à la prévention et à la gestion relatives aux soins de la peau et des plaies et aux services de soins et de soutien aux 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 Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

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

- Soins liés à l'incontinence
- Prévention et gestion relatives aux soins de la peau et des plaies
- Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
- Alimentation, nutrition et hydratation
- Prévention et contrôle des infections
- Prévention des mauvais traitements et de la négligence
- Gestion de la douleur
- 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 ou l'inspecteur a estimé que le problème de conformité répondait à l'intention du paragraphe 154 (2) et ne nécessitait pas d'action supplémentaire.

Problème de conformité n° 001 Corrigé en vertu du paragraphe 154 (2) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : du paragraphe 6 (7) de la *LRSLD* (2021)

Programme de soins

Paragraphe 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 le programme de soins d'une personne résidente soit respecté.

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 Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Justification et résumé

À une date précise en novembre 2024, dans la chambre d'une personne résidente, des tapis de chute ont été observés des deux côtés du lit alors que cette dernière ne s'y trouvait pas. Selon le programme de soins de la personne résidente, les tapis de chute ne devaient être placés que lorsqu'elle était au lit.

Sources : Observation de la chambre de la personne résidente; programme de soins de la personne résidente; entretien avec le personnel.

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : 20 novembre 2024

AVIS ÉCRIT : Programme de soins – Documentation

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 6 (9) de la *LRSLD* (2021)

Programme de soins

Paragraphe 6 (9) Le titulaire de permis veille à ce que les éléments suivants soient documentés :

1. La prestation des soins prévus dans le programme de soins.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la prestation des soins prévus dans le programme de soins d'une personne résidente soit documentée.

Plus précisément, la prestation des interventions alimentaires pour la personne résidente n'a pas été documentée.

Justification et résumé

La personne résidente a été évaluée par le diététiste professionnel et son programme de soins a été mis à jour pour intégrer des produits spécifiques

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 Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

étiquetés au petit-déjeuner et au déjeuner, en raison de ses besoins nutritionnels accrus.

Le personnel a reconnu que la prestation de ces interventions n'avait pas été documentée, bien qu'elles figurent sur la liste principale des régimes alimentaires servant de référence pour le service des repas.

Le fait de ne pas veiller à la documentation de la prestation des interventions alimentaires propres aux repas de la personne résidente peut avoir réduit le degré de responsabilité du personnel qui effectue lesdites interventions conformément aux instructions.

Sources : Dossier clinique de la personne résidente; observation de la liste principale des régimes alimentaires; entretiens avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Obligation de protéger

Problème de conformité n° 003 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 les personnes résidentes n° 005, n° 002, n° 003 et n° 010 contre les mauvais traitements d'ordre physique de la part des personnes résidentes n° 006, n° 002, n° 003 et n° 009.

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 Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

L'article 2 du Règl. de l'Ont. 246/22 définit les « mauvais traitements d'ordre physique » comme étant l'usage de la force physique de la part d'un résident pour causer des lésions corporelles à un autre résident.

Justification et résumé

A) À une date précise en octobre 2024, il y a eu un incident entre les personnes résidentes n° 005 et n° 006 au cours duquel la personne résidente n° 006 a blessé la personne résidente n° 005. La blessure de la personne résidente n° 005 a été traitée, les personnes résidentes ont été séparées et elles n'ont pas eu d'autres problèmes.

Le fait de ne pas avoir veillé à protéger la personne résidente n° 005 contre les mauvais traitements de la personne résidente n° 006 a entraîné une blessure.

Sources : Notes d'évolution de la personne résidente n° 005, incident critique (IC) n° 3049-000069-24, entretiens avec la personne résidente n° 005 et la directrice des soins.

Justification et résumé

B) À une date précise en juillet 2024, il y a eu une altercation entre les personnes résidentes n° 002 et n° 003, au cours de laquelle les deux personnes résidentes ont été blessées. Ces personnes résidentes ne vivent plus dans la même section du foyer et il n'y a pas eu d'autres altercations entre elles.

Le fait de ne pas avoir veillé à protéger les personnes résidentes n° 002 et n° 003 contre de mauvais traitements a causé des blessures aux deux personnes résidentes.

Sources : Notes d'évolution et évaluations des plaies pour les personnes résidentes n° 002 et n° 003; entretiens 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 de Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Justification et résumé

C) À une date précise en juillet 2024, il y a eu une altercation entre les personnes résidentes n° 009 et n° 010, pendant laquelle la personne résidente n° 010 a été blessée.

Le fait de ne pas avoir veillé à protéger la personne résidente n° 010 contre les mauvais traitements de la personne résidente n° 009 a entraîné des blessures à la personne résidente n° 010.

Sources : Notes d'évolution et évaluations des plaies pour la personne résidente n° 010; entretiens avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

Problème de conformité n° 004 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de la disposition 2 du paragraphe 28 (1) de la *LRSLD* (2021)

Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

Paragraphe 28 (1) Quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner que l'un ou l'autre des cas suivants s'est produit ou peut se produire fait immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et communique les renseignements sur lesquels ils sont fondés :

2. Les mauvais traitements infligés à un résident par qui que ce soit ou la négligence envers un résident de la part du titulaire de permis ou du personnel, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une allégation de négligence soit immédiatement signalée au directeur.

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 Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Justification et résumé

Le directeur du ministère des Soins de longue durée a reçu un rapport du Système de rapport d'incidents critiques sur une allégation de négligence de la part du personnel à l'égard d'une personne résidente. Le foyer a été informé de cette allégation un jour avant d'en aviser le directeur. Lors d'un entretien avec le codirecteur des soins, il a été reconnu que le foyer n'avait pas immédiatement signalé l'allégation de négligence.

Sources : Rapport d'incident critique n° 3049-000052-24, notes d'évolution de la personne résidente; entretien avec le codirecteur des soins.

AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes

Problème de conformité n° 005 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : du paragraphe 54 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Prévention et gestion des chutes

Paragraphe 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 qu'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 que, lorsqu'une personne résidente a fait une chute, qu'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.

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 Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Justification et résumé

À une date précise en août 2024, une personne résidente a fait trois chutes. L'examen des notes d'enquête et un entretien avec le codirecteur des soins ont permis de confirmer que la personne résidente n'a pas fait l'objet d'évaluations appropriées après la chute.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que des évaluations soient effectuées a retardé la prestation des soins et des traitements appropriés à la personne résidente. Les chutes qu'elle a subies ont entraîné son transfert à l'hôpital, où une blessure a été confirmée.

Sources : Notes d'enquête; examen au dossier de l'évaluation de la personne résidente effectuée après la chute, politique du foyer en matière de prévention et de gestion des chutes, révisée le 4 octobre 2023, entretiens avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Facilitation des selles et soins liés à l'incontinence

Problème de conformité n° 006 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de l'alinéa 56 (2) c) du Règl. de l'Ont. 246/22

Facilitation des selles et soins liés à l'incontinence

Paragraphe 56 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

c) chaque résident incapable d'aller seul aux toilettes à certains moments ou en tout temps reçoit du personnel l'aide voulue pour gérer et maintenir la continence;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne résidente n° 001 reçoive l'aide du personnel pour gérer et maintenir sa continence conformément à son programme de soins.

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 Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis est tenu, dans le cadre du programme du foyer en matière de facilitation des selles et de soins liés à l'incontinence, de s'assurer que chaque personne résidente incapable d'aller seule aux toilettes à certains moments ou en tout temps reçoive du personnel l'aide voulue pour gérer et maintenir la continence, et que le programme soit respecté.

Plus précisément, le personnel n'a pas respecté le programme du foyer en matière de facilitation des selles et de soins liés à l'incontinence (*Continence Care and Bowel Management Program*), révisé pour la dernière fois le 17 mai 2022. Conformément à ce programme, le personnel devait saisir des informations exactes et en temps opportun dans l'application Point of Care (POC) quant au niveau de soins fourni pour l'horaire de toilette en place pour la personne résidente.

Justification et résumé

La personne résidente avait besoin de l'aide totale de deux membres du personnel pour les soins liés à l'incontinence et elle devait faire l'objet de vérifications et être changée au besoin à l'aide d'un produit d'incontinence.

À des dates précises entre juin et août 2024, la documentation dans l'application POC indiquait que pour plusieurs quarts de travail, le niveau de soutien fourni à la personne résidente pour les changements et les nettoyages était « sans objet » et n'indiquait pas si cela avait été fait. Le personnel a confirmé que la documentation dans l'application POC doit comprendre le niveau d'autonomie et le niveau de soutien fourni pour l'utilisation des toilettes conformément au programme de soins de la personne résidente, et qu'ils doivent être documentés à chaque quart de travail.

Il y avait un risque que la personne résidente n'ait peut-être pas reçu l'aide appropriée du personnel, car celui-ci n'avait pas documenté avec exactitude si elle

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 Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

avait fait l'objet de vérifications et de changements conformément à son programme de soins.

Sources : Dossier clinique de la personne résidente; rapports d'enquête documentaire; entretiens avec le personnel; programme du foyer en matière de facilitation des selles et de soins liés à l'incontinence (*Continence Care and Bowel Management Program*), révisé pour la dernière fois le 17 mai 2022.

AVIS ÉCRIT : Gestion de la douleur

Problème de conformité n° 007 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de la disposition 4 du paragraphe 57 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Gestion de la douleur

Paragraphe 57 (1) Le programme de gestion de la douleur doit au minimum prévoir ce qui suit :

4. La surveillance des réactions des résidents aux stratégies de gestion de la douleur et de l'efficacité de ces stratégies.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à se conformer à la surveillance de l'efficacité des stratégies de gestion de la douleur pour une personne résidente.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis doit s'assurer que le programme de gestion de la douleur comprenne la surveillance des réactions des personnes résidentes aux stratégies de gestion de la douleur et de l'efficacité de ces stratégies, et que le programme soit respecté.

Plus précisément, le personnel n'a pas respecté le programme du foyer en matière de gestion de la douleur (*Pain Management Program*), lequel prévoit que le

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 Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

personnel autorisé doit administrer des interventions de gestion de la douleur de manière routinière ou selon les besoins, et en surveiller et documenter l'efficacité.

Justification et résumé

À une date précise, des signes non verbaux de douleur ont été détectés chez une personne résidente. Le personnel infirmier a reçu l'ordre du médecin d'ajouter un analgésique précis comme intervention de gestion de la douleur afin d'aider à contrôler efficacement la douleur de la personne résidente.

Pendant une période de 13 jours, l'intervention de gestion de la douleur a été administrée conformément à l'ordonnance, mais aucun document n'a été rempli pour en surveiller les effets sur la personne résidente.

Il y avait un risque que l'efficacité globale de la gestion de la douleur de la personne résidente n'ait pas été évaluée, car le foyer ne l'a pas surveillée et documentée conformément à son programme.

Sources : Entretiens avec le personnel; dossiers cliniques de la personne résidente, y compris le registre électronique d'administration des médicaments et les notes d'évolution; programme du foyer en matière de gestion de la douleur en soins de longue durée (*LTC Pain Management - Program*), révisé le 3 juin 2022.

AVIS ÉCRIT : Comportements réactifs

Problème de conformité n° 008 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

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

Comportements réactifs

Paragraphe 58 (4) Le titulaire de permis veille à ce qui suit pour chaque résident qui affiche des comportements réactifs :

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 Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

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 veillé à ce que la surveillance des comportements des personnes résidentes n° 002, n° 003 et n° 010, à l'aide du système d'observation de la démence du foyer, soit entièrement consignée par écrit.

Justification et résumé

A) La documentation du système d'observation de la démence a été entamée pour la personne résidente n° 002 à la suite d'une altercation avec une autre personne résidente. Il manquait des informations sur la feuille de collecte de données du système d'observation de la démence de la personne résidente n° 002.

Le personnel a confirmé qu'il lui incombe de remplir intégralement la feuille de collecte de données du système d'observation de la démence.

Le fait de ne pas remplir intégralement le système d'observation de la démence présentait un risque de ne pas répertorier les comportements réactifs de la personne résidente n° 002 qui auraient pu nécessiter un suivi.

Sources : Feuille de collecte de données du système d'observation de la démence de la personne résidente n° 002; entretien avec le personnel.

Justification et résumé

B) La documentation du système d'observation de la démence a été entamée pour la personne résidente n° 003 à la suite d'une altercation avec une autre personne résidente. La feuille de collecte de données du système d'observation de la démence de la personne résidente n° 003 manquait de documentation.

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 Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Le personnel a confirmé que la feuille de collecte de données du système d'observation de la démence de la personne résidente n'avait pas été entièrement remplie alors qu'elle aurait dû l'être.

Le fait de ne pas remplir intégralement le système d'observation de la démence présentait un risque de ne pas répertorier les comportements réactifs de la personne résidente n° 003 qui auraient pu nécessiter un suivi.

Sources : Feuille de collecte de données du système d'observation de la démence de la personne résidente n° 003; entretien avec le personnel.

Justification et résumé

C) La documentation du système d'observation de la démence a été entamée pour la personne résidente n° 010 à la suite d'une altercation avec une autre personne résidente. Il manquait des informations sur la feuille de collecte de données du système d'observation de la démence de la personne résidente n° 010.

Le personnel a confirmé qu'il lui incombe de remplir intégralement la feuille de collecte de données du système d'observation de la démence.

Le fait de ne pas remplir intégralement le système d'observation de la démence présentait un risque de ne pas répertorier les comportements réactifs de la personne résidente n° 010 qui auraient pu nécessiter un suivi.

Sources : Feuille de collecte de données du système d'observation de la démence de la personne résidente n° 010; entretien avec le personnel.