

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 Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Rapport public initial

Date d'émission du rapport : 16 octobre 2024	
Numéro d'inspection : 2024-1486-0003	
Type d'inspection : Plainte Incident critique	
Titulaire de permis : Bethany Lodge	
Foyer de soins de longue durée et ville : Bethany Lodge, Markham	
Inspectrice principale ou inspecteur principal	Signature numérique de l'inspectrice ou de l'inspecteur
Autres inspectrices ou inspecteurs	

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 2 au 4 ainsi que les 7 et 8 octobre 2024

L'inspection concernait :

- Une plainte portant sur la dotation.
- Une demande liée à la prévention des chutes.
- Une demande liée à une blessure de cause inconnue.
- Une demande liée à la prévention et au contrôle des infections.

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

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 Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
Entretien ménager, buanderie et services d'entretien
Prévention et contrôle des infections
Prévention des mauvais traitements et de la négligence
Normes de dotation, de formation et de soins
Droits et choix des personnes résidentes
Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Fenêtres

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

Non-respect : de l'article 19 du Règl. de l'Ont. 246/22

Fenêtres

Article 19 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque fenêtre du foyer qui ouvre sur l'extérieur et à laquelle ont accès les résidents soit dotée d'une moustiquaire et à ce qu'elle ne puisse pas être ouverte de plus de 15 centimètres.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que chaque fenêtre pouvant être ouverte soit correctement dotée d'une moustiquaire.

Justification et résumé

Lors d'une visite du foyer, il a été constaté que de nombreuses moustiquaires dans les sections accessibles aux résidents n'étaient pas entièrement fixées aux fenêtres, comme cela est exigé, et qu'une fenêtre dans le couloir d'une section particulière

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 Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

accessible aux résidents n'avait pas de moustiquaire du tout. À deux reprises, une personne résidente a été observée à proximité de la fenêtre sans moustiquaire.

Le gestionnaire des services environnementaux a indiqué que cette lacune concernant les fenêtres avait été découverte en mars 2024 lors d'une vérification, mais que le conseil d'administration devait approuver les dépenses d'immobilisation relatives à ce projet de réparation. Lorsqu'on lui a demandé si le conseil d'administration avait été invité à examiner les dépenses, le gestionnaire des services environnementaux a répondu par la négative et ne pouvait expliquer pourquoi aucune mesure n'avait été prise pour réparer les fenêtres au cours des mois qui se sont écoulés depuis que la lacune a été constatée par le foyer de soins de longue durée. Au cours de l'inspection, le directeur général a informé l'inspectrice ou l'inspecteur qu'une commande avait été passée pour obtenir les pièces nécessaires à la réparation des fenêtres et a fourni une facture à cet effet, mais les pièces n'étaient pas arrivées à la fin de l'inspection, bien que la moustiquaire manquante dans la section concernée accessible aux résidents ait été remplacée.

Le fait de ne pas veiller à ce que chaque fenêtre qui s'ouvre soit munie d'une moustiquaire a créé un risque de blessure ou de piégeage pour les résidents.

Sources :

Observations, entretien avec le gestionnaire des services environnementaux et le directeur général, examen d'une facture.

AVIS ÉCRIT : PCI

Problème de conformité n° 002 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de l'alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

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 Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Programme de prévention et de contrôle des infections

Paragraphe 102 (2) Le titulaire de permis met en œuvre ce qui suit :

b) les normes ou protocoles que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 102 (2).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'on se conforme aux pratiques de base et aux précautions supplémentaires dans le programme de prévention et de contrôle des infections (PCI) en ce qui concerne l'hygiène des mains du personnel.

Conformément à la *Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée*, publiée par le directeur et mise à jour en septembre 2023, la section 10.2 c) relative aux exigences supplémentaires en matière d'hygiène des mains stipule : c) Aider les résidents à se laver les mains avant les repas et les collations.

Justification et résumé

Au cours d'une observation de routine pendant le dîner dans une section accessible aux résidents précisée, l'inspectrice ou l'inspecteur a observé que plusieurs résidents entraient dans la salle à manger et commençaient leur repas sans qu'on les aide à se laver les mains. La personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) n° 102 a confirmé à l'inspectrice ou l'inspecteur que les résidents ne s'étaient pas lavé les mains avant le repas, précisant que les résidents autonomes devaient se rendre dans la salle à manger après s'être lavé les mains par eux-mêmes. La PSSP a indiqué que les autres résidents s'asseyaient dans la salle de télévision toute la journée et qu'ils se lavaient donc les mains le matin et le soir seulement parce qu'ils ne se salissaient pas.

Le responsable de la PCI et la directrice des soins ont confirmé qu'il était attendu du personnel qu'il aide tous les résidents, quel que soit leur état cognitif, à se laver 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 du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

mains à l'aide de désinfectant pour les mains à base d'alcool (DMBA) ou de lingettes désinfectantes avant le service des repas.

Le fait de ne pas veiller à ce que les résidents soient aidés à se laver les mains avant les repas augmente le risque de transmission d'agents pathogènes et de maladies pour les résidents.

Sources : Observations et entretiens.

AVIS ÉCRIT : Rapports : incidents graves

Problème de conformité n° 003 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de la disposition 5 du paragraphe 115 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Rapports : incidents graves

Paragraphe 115 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille, d'une part, à immédiatement informer le directeur, de façon aussi détaillée que possible dans les circonstances, des incidents suivants et, d'autre part, à faire suivre le rapport exigé au paragraphe (5) :

5. L'écllosion d'une maladie importante sur le plan de la santé publique ou d'une maladie transmissible au sens de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*.

Le titulaire de permis n'a pas informé immédiatement le directeur d'une écllosion.

Justification et résumé

À une date donnée, une section accessible aux résidents déterminée a été déclarée en situation d'écllosion de troubles respiratoires par la Santé publique. Cette écllosion n'a été signalée au directeur que huit jours après la déclaration de l'écllosion par la Santé publique.

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 Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Le responsable de la PCI a indiqué que la création et le signalement d'éclosion par l'intermédiaire du Système de rapport d'incidents critiques (SIC) ne faisaient pas partie des tâches qui lui étaient assignées. Ces tâches relèvent généralement de la responsabilité du directeur adjoint des soins ou de la directrice des soins. Lors d'un entretien avec la directrice des soins, celle-ci a déclaré qu'elle était absente du foyer au moment de l'éclosion et qu'elle ne savait pas exactement pourquoi le rapport avait été remis en retard.

Le fait de ne pas avoir signalé immédiatement l'éclosion au directeur n'a pas eu d'incidence sur les résidents.

Sources : Rapport du SIC et entretiens.