

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

Date d'émission du rapport : 15 janvier 2025

Numéro d'inspection : 2025-1196-0001

Type d'inspection :

Incident critique
Suivi

Titulaire de permis : The Royale Development GP Corporation en tant qu'associé commandité de The Royale Development LP

Foyer de soins de longue durée et ville : Bloomington Cove Community, Stouffville

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 6 au 10 et du 13 au 15 janvier 2025.

L'inspection concernait :

Deux demandes liées à des éclosions de maladies infectieuses.

Une demande liée à une chute entraînant une blessure

Une demande pour le suivi n° 1 – Ordre de conformité (OC) n° 002 de l'inspection n° 2024-1196-0002 en vertu de la disposition 2 du paragraphe 24 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22 – date d'échéance de mise en conformité : 27 novembre 2024.

Une demande pour le suivi n° 2 – OC n° 003 de l'inspection n° 2024-1196-0002 en vertu de l'article 26 du Règl. de l'Ont. 246/23 – date d'échéance de mise en conformité : 27 novembre 2024.

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

Une demande pour le suivi n° 3 – OC n° 001 de l'inspection n° 2024-1196-0002 en vertu de l'article 19 du Règl. de l'Ont. 246/22 – date d'échéance de mise en conformité : 13 décembre 2024.

Une demande pour le suivi n° 4 – OC n° 004 de l'inspection n° 2024-1196-0002 en vertu du sous-alinéa 93 (2) a) (i) du Règl. de l'Ont. 246/22 – date d'échéance de mise en conformité : 27 novembre 2024.

Une demande liée à une allégation de mauvais traitements d'ordre sexuel de la part d'une personne résidente envers une personne résidente.

Une demande liée à une allégation de mauvais traitements d'ordre physique de la part d'une personne résidente envers une personne résidente.

L'inspection a permis de fermer les demandes suivantes :

Deux demandes liées à des chutes entraînant des blessures.

Ordres de conformité délivrés antérieurement :

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

Ordre n° 001 de l'inspection n° 2024-1196-0002 en vertu de l'article 19 du Règl. de l'Ont. 246/22

Ordre n° 002 de l'inspection n° 2024-1196-0002 en vertu de la disposition 2 du paragraphe 24 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Ordre n° 003 de l'inspection n° 2024-1196-0002 en vertu de l'article 26 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

Ordre n° 004 de l'inspection n° 2024-1196-0002 en vertu du sous-alinéa 93 (2) a) (i)
du Règl. de l'Ont. 246/22

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

- Entretien ménager, buanderie et services d'entretien
- Prévention et contrôle des infections
- Foyer sûr et sécuritaire
- Comportements réactifs
- Prévention des mauvais traitements et de la négligence
- Prévention et gestion des 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 du Centre-Est

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

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

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

Non-respect : du paragraphe 25 (1) de la *LRSLD* (2021)

Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

Paragraphe 25 (1) Sans préjudice de la portée générale de l'obligation prévue à l'article 24, le titulaire de permis veille à ce que soit adoptée et respectée une politique écrite visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'infirmière auxiliaire autorisée (IAA) respecte la politique du foyer visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes.

Au cours d'un quart de travail, l'IAA a constaté qu'une personne résidente se trouvait au sol et soupçonnait qu'une autre personne résidente était à l'origine de cette situation. Cependant, l'IAA n'a pas immédiatement fait part de ses soupçons de mauvais traitements allégués aux autres. Le directeur des soins a confirmé que l'IAA aurait dû signaler immédiatement les allégations de mauvais traitements au directeur.

Sources : Dossiers cliniques des personnes résidentes, rapport d'incident critique, notes d'enquête du foyer de soins de longue durée, politique du foyer en matière de prévention des mauvais traitements et de la négligence envers une personne résidente (*Prevention of Abuse & Neglect of a Resident*) et entretien avec le directeur des 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 du Centre-Est

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

AVIS ÉCRIT : Exigences générales

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 3 du paragraphe 34 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Exigences générales

Paragraphe 34 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au respect des règles suivantes à l'égard de chacun des programmes structurés exigés aux articles 11 à 20 de la Loi et de chacun des programmes interdisciplinaires exigés à l'article 53 du présent règlement :

3. Le programme doit être évalué et mis à jour au moins une fois par année conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de prévention et de gestion des chutes soit évalué et mis à jour au moins une fois par année conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises.

Le directeur des soins ou la personne désignée a omis de procéder à une évaluation annuelle du programme de prévention et de gestion des chutes pour la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 2023.

Sources : Évaluation du programme de 2022, politique du foyer de soins de longue durée en matière de prévention et gestion des chutes (*Falls Prevention & Management*), entretien avec le directeur des soins et un directeur adjoint des soins.

AVIS ÉCRIT : 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 du Centre-Est

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

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

Non-respect : de l'alinéa 58 (4) b) 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 :

b) des stratégies sont élaborées et mises en œuvre pour réagir à ces comportements, dans la mesure du possible;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les stratégies élaborées pour réagir aux comportements réactifs de la personne résidente soient mises en œuvre par l'IAA.

Une nuit, la personne résidente a manifesté des comportements réactifs. Des interventions non pharmacologiques ont d'abord été utilisées, mais le personnel n'a pas réussi à maîtriser le comportement de la personne résidente. La personne résidente est alors entrée dans la chambre d'une autre personne résidente et cette dernière a par la suite été retrouvée sur le sol. L'IAA savait que la personne résidente faisait l'objet d'une intervention pharmacologique qui aurait pu être mise en œuvre, mais elle ne l'a pas été à ce moment-là.

Le directeur des soins a reconnu que l'IAA n'avait pas utilisé l'intervention pharmacologique prescrite pour gérer les comportements réactifs de la personne résidente.

Sources : Dossier clinique de la personne résidente, notes d'enquête du foyer de soins de longue durée, entretien avec le directeur des soins.

AVIS ÉCRIT : 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 du Centre-Est

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

Problème de conformité n° 004 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 :

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 les mesures prises, y compris l'évaluation de la personne résidente, soient documentées lorsque la personne résidente a manifesté un comportement réactif.

Un matin, la personne résidente a manifesté un comportement réactif envers une autre personne résidente et une intervention comportementale a été mise en place pendant plusieurs jours dans le but de consigner les schémas comportementaux de la personne résidente. Cependant, l'intervention n'a pas été entièrement menée à bien comme l'exigeaient les infirmières et le personnel du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement (Projet OSTC).

Sources : Le dossier électronique et physique de la personne résidente et les entretiens du personnel avec le responsable du Projet OSTC et un directeur adjoint des soins.

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

Problème de conformité n° 005 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) 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 du Centre-Est

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

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

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 au respect de la *Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée* délivrée par le directeur.

Conformément à l'exigence supplémentaire au point b) de la section 9.1 concernant les pratiques de base de la *Norme de PCI pour les foyers de soins de longue durée* (avril 2022, révisée en septembre 2023), le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'hygiène des mains, y compris, mais sans s'y limiter, aux quatre moments de l'hygiène des mains, soit effectuée par l'infirmière autorisée (IA) lors de l'administration d'un médicament.

L'IA a reconnu qu'elle aurait dû se laver les mains avant et après l'administration des médicaments et après avoir enlevé ses gants.

Sources : Observations, entretiens avec l'IA et la personne responsable de la PCI.

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

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

Non-respect : du paragraphe 102 (8) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programme de prévention et de contrôle des infections

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

Paragraphe 102 (8) Le titulaire de permis veille à ce que tout le personnel participe à la mise en œuvre du programme, notamment tous les membres de l'équipe de leadership, y compris l'administrateur, le directeur médical, le directeur des soins infirmiers et des soins personnels, et le responsable de la prévention et du contrôle des infections. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 102 (8).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que tout le personnel participe à la mise en œuvre du programme de prévention et de contrôle des infections.

La personne résidente a fait l'objet de précautions supplémentaires et devait être isolée dans sa chambre. Un membre du personnel de physiothérapie a été observé en train de faire faire des exercices à la personne résidente dans le couloir sans porter d'équipement de protection individuelle (EPI) supplémentaire. La personne responsable de la PCI a confirmé que le membre du personnel aurait dû vérifier si des précautions supplémentaires étaient en place et qu'il aurait dû porter un EPI pour cette tâche.

Sources : Observations, entretien avec la personne responsable de la PCI.