

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

Hamilton District
119, rue King West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Rapport public initial

Date d'émission du rapport : 27 juin 2024	
Numéro d'inspection : 2024-1231-0001	
Type d'inspection : Incident critique	
Titulaire de permis : Schlegel Villages Inc.	
Foyer de soins de longue durée et ville : Erin Mills Lodge Nursing Home, Mississauga	
Inspectrice principale/Inspecteur principal Brittany Wood (000763)	Signature numérique de l'inspectrice/Signature numérique de l'inspecteur Signé numériquement par Brittany Wood Brittany Wood Date : 2024.06.28 09:35:55
Autre(s) inspectrice(s) ou inspecteur(s) Yuliya Fedotova (632) Alison Brown (000841)	-04'00'

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes :
Du 28 au 31 mai 2024 et du 3 au 4 juin 2024.

Les inspections concernaient :

- Plainte : N° 00096265/incident critique (IC) n° 2736-000010-23 — liée à une chute avec blessure
- Plainte : N° 00111169 — IC n° 2736-000003-24 — relative à la prévention et au contrôle des infections.
- Plainte : N° 00112081 — IC n° 273600000424 — relative à la prévention et au contrôle des infections.
- Plainte : N° 00115588 — IC n° 273600000424 — relative à la prévention et au 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

Hamilton District
119, rue King West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

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

Prévention et contrôle des infections (Infection Prevention and Control)
Prévention et gestion des chutes (Falls Prevention and Management)

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

Non-conformité rectifiée

Des cas de **non-conformité** ont été recensés pendant cette inspection et ont été **rectifiés** par le titulaire de permis avant la conclusion de l'inspection. L'inspectrice était satisfaite que les cas de non-conformité aient été rectifiés dans le respect de l'esprit du par. 154(2) et n'exige aucune autre mesure.

Non-conformité n° 001 — rectification réalisée conformément au paragraphe 154(2) de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*.

Non-respect de : la disposition 34(2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Exigences générales

34(2) Le titulaire de permis veille à ce que les mesures prises à l'égard d'un résident dans le cadre d'un programme, notamment les évaluations, les réévaluations, les interventions et les réactions du résident aux interventions, soient documentées.

Des problèmes de conformité ont été recensés pendant cette inspection et ont été rectifiés par le titulaire de permis avant la conclusion de l'inspection. L'inspectrice était satisfaite que le problème de conformité a été réglé dans le respect de l'esprit du paragraphe 154(2) et n'exige aucune autre mesure.

Règl. de l'Ont. 246/22, par. 34(2)

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les changements apportés aux stratégies de prévention et de risque de chute de la personne résidente soient documentés.

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

Hamilton District

119, rue King West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Justification et résumé

La personne résidente a été vue allongée dans son lit avec une intervention de chute en place. Les dossiers cliniques de la personne résidente indiquaient que deux interventions de prévention des chutes devaient être en place.

Au cours du mois de février 2024, une autre personne résidente a rejoint sa chambre partagée, ce qui a incité le personnel à supprimer l'intervention de prévention des chutes pendant la journée. Cela n'a été documenté dans le programme de soins de la personne résidente qu'en juin 2024.

Pendant toute la période comprise entre février 2024 et juin 2024, la personne résidente n'a subi aucune blessure. Le défaut de documenter un changement de pratique pourrait avoir une incidence négative sur la continuité des soins et la sécurité de la personne résidente.

Un jour de juin 2024, le programme de soins de la personne résidente a été mis à jour par le directeur ou la directrice des soins infirmiers conformément au changement de pratique.

Sources : Observations de la chambre de la personne résidente, examen des dossiers cliniques de la personne résidente, entretien avec le personnel autorisé et le directeur ou la directrice des soins infirmiers.
[000841]

Date de mise en œuvre de la rectification : 4 juin 2024

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

Problème de conformité n° 002 — avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

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

Programme de prévention et de contrôle des infections

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).

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

Hamilton District

119, rue King West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la norme de PCI pour les foyers de soins de longue durée, datée d'avril 2022, soit mise en œuvre.

Justification et résumé

La norme de PCI pour les foyers de soins de longue durée indiquait à la section 9.1 que des précautions supplémentaires devaient être prises dans le cadre du programme de PCI, qui comprenait f) des exigences supplémentaires en matière d'équipement de protection individuelle (EPI), y compris une sélection et une utilisation appropriées.

L'inspectrice du FSLD a observé un membre du personnel dans la chambre d'une personne résidente sans blouse ni gants. La personne résidente devait bénéficier de précautions supplémentaires en matière de contact qui nécessitaient le port de gants et d'une blouse. Le personnel a assuré l'hygiène de ses mains en sortant de la pièce, mais aucun gant ou blouse n'a été enfilé.

La politique du foyer intitulée Gestion des épidémies respiratoires (Managing Respiratory Outbreak) prévoit que les membres de l'équipe entrant dans la chambre d'une personne résidente porteront les EPI applicables. Le membre du personnel a confirmé ne pas avoir porté de blouse lors de l'interaction observée par l'inspectrice.

Le défaut de porter l'EPI approprié lors de la prestation de soins à une personne résidente vulnérable aux contacts présentait un risque de propagation de l'infection à d'autres personnes résidentes.

Sources : Observations, entretien avec le personnel, politique de gestion des épidémies respiratoires (Managing Respiratory Outbreak) et norme de PCI — exigence supplémentaire 9.1 pour les pratiques courantes (f). [000763]