

Rapport public modifié Page de couverture (A2)

Date d'émission du rapport modifié : 9 mai 2024	
Date d'émission du rapport initial : 25 mars 2024	
Numéro d'inspection : 2024-1327-0001 (A2)	
Type d'inspection : Plainte Incident critique	
Titulaire de permis : Extencicare (Canada) inc.	
Foyer de soins de longue durée et ville : Extencicare Southwood Lakes, Windsor	
Modifié par Terri Daly (115)	Signature numérique de l'inspectrice / l'inspecteur qui a modifié le rapport

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION MODIFIÉ

Ce rapport a été modifié pour :
Les ordres de conformité (OC) n° 002 et n° 003 ont été modifiés pour changer la date d'échéance de conformité, à la demande du foyer de soins de longue durée, au 1^{er} août 2024. L'ordre de conformité n° 001 a été inclus dans le présent rapport à titre de référence, mais il n'a pas été modifié; par conséquent, la date d'échéance demeure le 28 mars 2024.

Rapport public modifié (A2)

Date d'émission du rapport modifié : 9 mai 2024	
Date d'émission du rapport initial : 25 mars 2024	
Numéro d'inspection : 2024-1327-0001 (A2)	
Type d'inspection : Plainte Incident critique	
Titulaire de permis : Extendicare (Canada) inc.	
Foyer de soins de longue durée et ville : Extendicare Southwood Lakes, Windsor	
Inspectrice principale/Inspecteur principal Jennifer Bertolin (740915)	Autres inspectrices ou inspecteurs Julie D'Alessandro (739) Terri Daly (115) Adriana Tarte (000751)
Modifié par Terri Daly (115)	Signature numérique de l'inspectrice / l'inspecteur qui a modifié le rapport

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION MODIFIÉ

Ce rapport a été modifié pour :

Les ordres de conformité (OC) n° 002 et n° 003 ont été modifiés pour changer la date d'échéance de conformité, à la demande du foyer de soins de longue durée, au 1^{er} août 2024. L'ordre de conformité n° 001 a été inclus dans le présent rapport à titre de référence, mais il n'a pas été modifié; par conséquent, la date d'échéance demeure le 28 mars 2024.

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 13 au 16 et du 20 au 23 février 2024

L'inspection concernait :

· Le dossier : n° 00099895 [Incident critique : 2842-000043-23] – prévention des mauvais traitements et de la négligence

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 London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London (Ontario) N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

- Le dossier : n° 00100050 – [Incident critique : 2842-000044-23] : prévention et gestion des chutes
- Le dossier : n° 00102588 – [Incident critique : 2842-000047-23] – prévention et gestion de la peau et des plaies
- Le dossier : n° 00104064 – [Incident critique : 2842-000049-23] – prévention et gestion des chutes
- Le dossier : n° 00107217 – [Incident critique : 2842-000003-24] – prévention et gestion des chutes
- Le dossier : n° 00100788 – plainte relative aux rapports et plaintes
- Le dossier : n° 00101462 – plainte relative aux services de soins et de soutien aux personnes résidentes

Les dossiers suivants ont été remplis lors de cette inspection :
dossier n° 00102498/incident critique : 2842-000046-23 et le dossier :
n° 00101728/incident critique : 2842-000045-23 concernant la prévention et la gestion des chutes.

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

- Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
- Prévention et gestion de la peau et des plaies
- Services d'entretien ménager, de buanderie et d'entretien
- Conseils des résidents et des familles
- Prévention et contrôle des infections
- Foyer sûr et sécuritaire
- Personnel, formation et normes des soins
- Rapports et plaintes
- Activités récréatives et sociales
- Prévention et gestion des chutes
- Frais d'hébergement et comptes en fiducie

RÉSULTATS DE L'INSPECTION MODIFIÉE

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité n° 001 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

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

Programme de soins

Par. 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.

Introduction :

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins soient fournis à une personne résidente conformément à son programme de soins.

Résumé et justification :

Une note d'évolution dans l'outil Point Click Care (PCC) à une date et une heure donnée indique qu'une personne résidente a été transférée par un membre du personnel et qu'elle s'est blessée pendant le transfert.

Un examen du programme de soins de la personne résidente révisé avant l'incident indique que celle-ci doit être transférée par deux membres du personnel et que des sangles pour les jambes doivent être utilisées lorsque le lève-personne mécanique de transfert de position assise à debout est utilisé.

Lors d'un entretien avec la personne résidente, celle-ci a déclaré qu'un seul membre du personnel était présent lors du transfert et que les sangles pour les jambes n'avaient pas été utilisées.

Lors d'un entretien avec un membre du personnel autorisé, celui-ci a indiqué qu'un membre du personnel de soins directs s'occupait seul de la personne résidente et que les sangles pour les jambes n'avaient pas été placées sur les jambes de la personne résidente avant le transfert. Le membre du personnel autorisé a déclaré que la personne résidente devait être accompagnée de deux membres du personnel pour les transferts.

Lors d'un entretien avec un membre de l'équipe de direction, celui-ci a reconnu que

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 London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London (Ontario) N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

la personne résidente aurait dû recevoir des soins de la part de deux membres du personnel et que ça n'a pas été le cas.

Le non-respect du programme de soins de la personne résidente a augmenté le risque de blessure et d'autres complications et a compromis le bien-être de la personne résidente et la qualité des soins.

Sources : les notes d'évolution et le programme de soins de la personne résidente ainsi que les entretiens avec le personnel et les membres de l'équipe de direction [740915]

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité n° 002 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : l'alinéa 29 (3) 21) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programme de soins

Par. 29 (3) Le programme de soins doit être fondé au minimum sur l'évaluation interdisciplinaire de ce qui suit au sujet du résident :

21. Ses habitudes de sommeil et ses préférences en la matière.

Introduction :

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins de deux personnes résidentes comprenne leurs habitudes de sommeil et leurs préférences en la matière.

Justification et résumé :

Lors d'une visite d'une unité spécifique à une date et une heure données, il a été constaté que les deux personnes résidentes étaient au lit et que les lumières de leur chambre étaient éteintes. Le programme de soins de ces personnes résidentes n'incluait pas leurs habitudes de sommeil et leurs préférences en la matière.

Un membre du personnel de soins directs a examiné le programme de soins des deux personnes résidentes et a déclaré que leurs habitudes de sommeil et leurs préférences n'étaient pas incluses.

Un membre de l'équipe de la direction a reconnu que le programme de soins pour ces personnes résidentes n'incluait pas leurs habitudes de sommeil et leurs

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 London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London (Ontario) N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

préférences en la matière et que ces renseignements auraient dû y figurer.

Le fait de ne pas inclure les préférences en matière de sommeil dans le programme de soins expose la personne résidente au risque de voir ses droits violés en ce qui concerne les heures de sommeil et de réveil qu'elle préfère.

Sources : le programmes de soins de la personne résidente et les entretiens avec le personnel.
[739]

AVIS ÉCRIT : Techniques dangereuses de changement de position

Problème de conformité n° 003 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'article 40 du Règl. de l'Ont. 246/22

Techniques de transfert et de changement de position

Art. 40 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les membres du personnel utilisent des appareils ou des techniques de transfert et de changement de position sécuritaires lorsqu'ils aident les résidents.

Introduction :

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les membres du personnel utilisent des techniques de changement de position sécuritaires lorsqu'ils aident une personne résidente à recevoir des soins périnéaux.

Justification et résumé

L'examen du programme de soins de la personne résidente a révélé que les soins périnéaux qui doivent lui être prodigués nécessitent la présence de deux membres du personnel. Cette mesure d'intervention a été incluse dans son programme de soins, avant l'incident.

Un membre du personnel de soins directs a reconnu qu'à une date donnée, il a prodigué seul des soins périnéaux à la personne résidente. Un membre de l'équipe de la direction a confirmé qu'au moment de l'incident, la personne résidente avait besoin de l'aide de deux personnes pour les soins périnéaux.

Le fait de ne pas utiliser des techniques de changement de position sécuritaires lors

des soins périnéaux a entraîné des blessures chez une personne résidente.

Sources : le programme de soins de la personne résidente, conférence de soins de l'équipe interdisciplinaire et entretiens avec les membres du personnel.
[000751]

AVIS ÉCRIT : Entretien ménager

Problème de conformité n° 004 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect du : sous-alinéa 93 (2) (b) (i) du Règl. de l'Ont. 246/22

Entretien ménager

Par. 93 (2) Dans le cadre du programme structuré de services d'entretien ménager prévu au paragraphe 19 (1) a) de la Loi, le titulaire de permis veille à ce que soient élaborées et mises en œuvre des marches à suivre visant ce qui suit :

(b) le nettoyage et la désinfection des articles suivants conformément aux instructions du fabricant et au moyen, au minimum, d'un désinfectant de faible niveau conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises :

(i) l'équipement destiné aux soins des résidents, notamment les bains hydromasseurs, les baignoires, les chaises de douche et les fauteuils releveurs,

Introduction :

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des marches à suivre soient mises en œuvre pour le nettoyage des appareils de levage et des appareils électroniques de mesure des signes vitaux dans le foyer.

Justification et résumé :

Lors d'une visite d'une unité à une date donnée, il a été constaté que les appareils de levage Sara et Maxi étaient souillés et recouverts de poussière, de débris et de liquide séché. Il a également été observé que la base de l'appareil électronique de mesure des signes vitaux était souillée et qu'elle était recouverte de poussière et de liquide séché. Ceci a également été montré à plusieurs membres de l'équipe de la direction.

La politique relative à l'équipement de soins des personnes résidentes stipule en partie que « tout l'équipement de soins des personnes résidentes doit être nettoyé ou assaini avant et entre les utilisations par les personnes résidentes ». Lors d'un

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 London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London (Ontario) N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

entretien avec un membre de l'équipe de la direction, celui-ci a déclaré que l'appareil de mesure des signes vitaux ainsi que les appareils de levage Sara et Maxi n'avaient pas été nettoyés alors qu'ils auraient dû l'être.

Le fait de ne pas nettoyer l'équipement destiné aux personnes résidentes entre chaque utilisation augmente le risque de propagation d'infections.

Sources : les observations, l'examen des politiques et les entretiens avec les membres du personnel.

[739]

AVIS ÉCRIT : Entretien ménager

Problème de conformité n° 005 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect du : sous-alinéa 93 (2) (b) (ii) du Règl. de l'Ont. 246/22

Entretien ménager

Par. 93 (2) Dans le cadre du programme structuré de services d'entretien ménager prévu à l'alinéa 19 (1) a) de la Loi, le titulaire de permis veille à ce que soient élaborées et mises en œuvre des marches à suivre visant ce qui suit :

b) le nettoyage et la désinfection des articles suivants conformément aux instructions du fabricant et au moyen, au minimum, d'un désinfectant de faible niveau conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises :
(ii) les fournitures et appareils, y compris les appareils d'aide personnelle, les appareils fonctionnels et les aides pour changer de position,

Introduction :

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des marches à suivre soient mises en œuvre pour le nettoyage des fauteuils roulants dans le foyer.

Justification et résumé :

Lors de la visite d'une unité à une date donnée, il a été constaté que le coussin du fauteuil roulant d'une personne résidente était souillé par des débris d'aliments séchés et de liquides. Le fauteuil roulant de la personne résidente aurait dû être nettoyé la nuit précédente, car c'était le jour de son bain. Lors d'une visite dans une autre unité et à une autre date, il a été constaté qu'une personne résidente se reposait dans son lit et que le coussin de son fauteuil roulant était souillé de liquide

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 London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London (Ontario) N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

et d'aliments séchés. Des photos des deux coussins ont été montrées à un membre de l'équipe de la direction.

Lors d'un entretien avec un membre de l'équipe de la direction, celui-ci a déclaré que la procédure du foyer prévoyait que les fauteuils roulants soient nettoyés à fond la nuit précédant le jour du bain d'une personne résidente et essuyés par les membres du personnel lorsqu'ils étaient visiblement sales.

Le fait de ne pas nettoyer les fauteuils roulants des personnes résidentes augmente le risque de propagation d'infections.

Sources : les observations et les entretiens avec le personnel.
[739]

AVIS ÉCRIT : Substances dangereuses

Problème de conformité n° 006 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'article 97 du Règl. de l'Ont. 246/22

Substances dangereuses

Art. 97. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les substances dangereuses du foyer soient étiquetées de façon appropriée et gardées hors de la portée des résidents en tout temps.

Introduction :

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que toutes les substances dangereuses présentes dans le foyer soient gardées hors de la portée des personnes résidentes.

Justification et résumé :

À une date donnée, l'inspectrice n° 739 a observé une bouteille de désinfectant tout usage Arjo sur le rebord du vestibule d'entrée du foyer. Le désinfectant était étiqueté comme étant toxique et corrosif. L'inspectrice n° 739 a apporté la bouteille à un membre de l'équipe de la direction et lui a montré une photo de l'endroit où la bouteille a été trouvée. Un membre de l'équipe de la direction a déclaré que la bouteille de désinfectant n'aurait pas dû se trouver dans le vestibule principal et a reconnu qu'elle était accessible aux personnes résidentes.

Au cours d'une visite d'une unité à une date donnée, l'inspectrice n° 739 a remarqué

que la porte d'une salle d'approvisionnement était ouverte et qu'un flacon pulvérisateur contenant du produit nettoyant Arjo Spa, dont l'étiquette indiquait qu'il était corrosif, se trouvait sur le comptoir. Un membre du personnel de soins directs a déclaré que la porte du local d'entreposage n'aurait pas dû rester ouverte et a reconnu que le produit nettoyant aurait été accessible aux personnes résidentes.

Le fait que les personnes résidentes aient accès à des substances dangereuses les expose à un plus grand risque de préjudice en cas de manipulation ou d'ingestion inappropriée de ces substances.

Sources : les observations et l'entretien avec le personnel.

[739]

AVIS ÉCRIT : Obligation de faire rapport au directeur

Problème de conformité n° 007 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 115 (3) 1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Rapports : incidents graves

Par. 115 (3) Le titulaire de permis veille, d'une part, à aviser le directeur lorsque se produisent au foyer les incidents suivants et ce, au plus tard un jour ouvrable après l'incident, et, d'autre part à faire suivre le rapport exigé au paragraphe (5) :

1. Un résident qui est porté disparu depuis moins de trois heures et qui retourne au foyer sans aucune lésion ni aucun changement indésirable de son état.

Introduction :

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la directrice soit informée de l'absence d'une personne résidente dans le bâtiment pendant moins de trois heures.

Justification et résumé :

À deux reprises, la même personne résidente a été trouvée en train de marcher dans le stationnement du foyer. Le personnel a raccompagné la personne résidente au foyer.

Un examen des rapports d'incidents critiques soumis au ministère des Soins de longue durée (MSLD) par le foyer n'a pas inclus de rapport pour l'un ou l'autre incident de disparition de la personne résidente.

Un membre de l'équipe de la direction a reconnu qu'un rapport d'incident critique aurait dû être soumis pour les deux incidents, mais que ce n'avait pas été le cas.

Le fait de ne pas soumettre de rapport d'incident critique lorsqu'une personne résidente manque à l'appel fait courir à la personne résidente le risque d'une augmentation des incidents sans suivi de la part du ministère des Soins de longue durée.

Sources : le dossier clinique de la personne résidente, l'examen des rapports des incidents critiques soumis et l'entretien avec le personnel.
[739]

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 001 Services d'hébergement

Problème de conformité n° 008 Ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 19 (2) (a) de la LRSLD (2021)

Services d'hébergement

Par. 19 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soient instaurés, à l'égard du foyer, les programmes suivants :

(a) le foyer, l'ameublement et le matériel sont toujours propres et sanitaires;

L'inspectrice ordonne au titulaire de permis de préparer, de soumettre et de mettre en œuvre un plan visant à assurer la conformité avec [l'alinéa 155 (1) (b) de la LRSLD (2021)] :

Le programme devra comprendre, sans s'y limiter, les éléments suivants :

Plus précisément, le titulaire de permis doit préparer, présenter et mettre en œuvre un plan d'entretien du foyer, de l'ameublement et du matériel et veiller à ce qu'ils restent propres et sanitaires.

1. Réaliser une vérification de toutes les zones du foyer afin de repérer les plinthes, les sols et les murs, ou d'autres zones malpropres.
2. Établir une liste de vérification des travaux de nettoyage à effectuer, en précisant l'endroit, la façon, la personne responsable de l'exécution, le début et la fin des travaux ainsi que la façon dont ils seront entretenus.
3. Veiller à ce que l'équipe de la direction participe à l'élaboration du plan, notamment l'administrateur ou l'administratrice, le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) et le ou la gestionnaire des services environnementaux.

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 London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London (Ontario) N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

Veillez soumettre le plan écrit de mise en conformité concernant l'inspection n° 2024 -1327 - 0001, à Terri Daly n° 115, inspectrice des foyers de SLD, MSLD, par courriel à londondistrict.mltdc@ontario.ca avant le 26 mars 2024.

Veillez vous assurer que le plan écrit soumis ne contient pas de Pl.

Raisons

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer, l'ameublement et le matériel soient maintenus propres et sanitaires.

Justification et résumé :

Au cours des observations effectuées dans le foyer pendant une période donnée, les zones et l'ameublement suivants ont été jugés malpropres.

Salles à manger

- La présence d'éclaboussures de nourriture a été constatée sur les murs, les piliers de soutien, les chaises de la salle à manger des personnes résidentes, les pattes de table ainsi que les tabourets du personnel dans les salles à manger du foyer. Les chariots de protection des vêtements étaient souillés.
- Le périmètre et les coins du sol de la salle à manger présentent une accumulation de poussière, de saleté et de résidus.

Salons de télévision des personnes résidentes

- Certains meubles de salon présentent des taches et des éclaboussures visibles et séchées.

Chambres des personnes résidentes, salles de spa et couloirs de la zone d'accueil

- Les planchers présentaient une accumulation de poussière, de saleté et de résidus, notamment autour des cadres de porte des chambres des personnes résidentes, dans les couloirs et les coins des chambres.
- Les fenêtres situées aux extrémités de la zone Essex du foyer sont couvertes de saleté et de résidus, ce qui rend la visibilité vers l'extérieur difficile.
- De nombreuses chambres de personnes résidentes présentent des éclaboussures de débris séchés sur les murs de la chambre et de la salle de bains, ainsi qu'une accumulation de poussière, de saleté et de résidus sur les sols des périmètres et des coins de la chambre.
- Les rideaux d'intimité des chambres des personnes résidentes étaient souillés et

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 London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London (Ontario) N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

tachés de substances non identifiées.

- Les tuiles de plafond d'une salle de bain de la chambre d'une personne résidente présentaient des taches d'eau.
- Des fourmis vivantes et des carcasses d'insectes ont été trouvées dans les salles à manger de St. Clair et de Walkerville, sur le rebord de la fenêtre de la salle de spa de Huron et dans les chambres des personnes résidentes.
- Des débris séchés non identifiées et de la poussière ont été constatés sur le matériel de soins infirmiers, y compris sur les bases des appareils de levage pour le transfert des personnes résidentes et l'appareil mobile de surveillance des signes vitaux dans la zone Devonshire du foyer.
- L'extérieur du bardage blanc des bâtiments présentait une substance verte ressemblant à de la mousse.

Lors d'un entretien avec un membre du personnel, celui-ci a indiqué qu'il n'avait pas assez de temps pour tout nettoyer.

Un examen des politiques et des procédures du manuel des services environnementaux du foyer a permis de constater ce qui suit :

Déclaration d'intention

Révisé le : 1^{er} février 2022.

« Nous nous efforçons de maintenir un environnement propre, soigné, sécuritaire et exempt d'odeurs. Toutes les pratiques, politiques et procédures en matière d'hygiène sont conçues pour minimiser les risques sanitaires pour toutes les personnes résidentes, le personnel et les visiteurs ».

Un examen des plaintes du foyer a révélé trois courriels de familles concernant la propreté de la chambre d'une personne résidente le 8 août 2023, des problèmes d'entretien ménager, des fourmis dans la chambre d'une personne résidente le 1^{er} novembre 2023 et la propreté des chaises de la salle à manger le 12 janvier 2024.

Lors d'une visite des foyers Huron et Devonshire avec des membres de l'équipe de la direction, aucun des deux n'a pu justifier la malpropreté du foyer et tous deux ont reconnu que les conditions étaient inacceptables.

Le fait de ne pas veiller à la propreté et à l'hygiène du foyer peut accroître les risques liés aux maladies infectieuses et aux infestations de parasites et peut avoir une incidence sur le droit des personnes résidentes à vivre dans un environnement

sécuritaire et propre, et ce, dans la dignité.

Sources : les entretiens, l'examen des dossiers de plaintes, les politiques et les procédures ainsi que les observations.

[115]

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 10 mai 2024

(A2)

Le ou les problèmes de conformité suivants ont été modifiés : Problème de conformité n° 009

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 002 Services d'hébergement

Problème de conformité n° 009 Ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 19 (2) c) de la LRSLD (2021)

Services d'hébergement

Par. 19 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

c) le foyer, l'ameublement et le matériel sont entretenus de sorte qu'ils soient sûrs et en bon état.

L'inspectrice ordonne au titulaire de permis d'élaborer, de soumettre et de mettre en œuvre un programme visant à assurer la conformité avec l'article 201 de la LRSLD (2021) : [l'alinéa 155 (1) (b) de la LRSLD (2021)] :

Le programme devra comprendre, sans s'y limiter, les éléments suivants :

Plus précisément, le titulaire de permis doit préparer, présenter et mettre en œuvre un plan d'entretien du foyer, de l'ameublement et du matériel afin de s'assurer qu'ils sont entretenus de sorte qu'ils soient sûrs et en bon état.

Le programme devra comprendre, sans s'y limiter, les éléments suivants :

1. Réaliser une vérification de toutes les zones du foyer afin de repérer les plinthes, les armoires, les étagères, les planchers et les murs, ou d'autres zones en mauvais état.
2. Remplir une liste de vérification des travaux à effectuer, en précisant l'endroit, la façon, la personne responsable de l'exécution, le début et la fin des travaux ainsi que la façon dont ils seront entretenus.
3. Veiller à ce que l'équipe de la direction participe à l'élaboration du plan, y compris

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 London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London (Ontario) N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

l'administrateur ou l'administratrice, la DSI et le ou la gestionnaire des services environnementaux.

Veillez soumettre le plan écrit de mise en conformité concernant l'inspection n° 2024-1327-0001, à Terri Daly no 115, inspectrice des foyers de soins de longue durée, MSLD, par courriel à londondistrict.mltdc@ontario.ca avant le **26 mars 2024**.
Veillez vous assurer que le plan écrit soumis ne contient pas de PL/PHI.

Raisons

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer, l'ameublement et le matériel soient entretenus de sorte qu'ils soient sûrs et en bon état.

Justification et résumé

Lors de nos observations dans le foyer, nous avons constaté que les zones suivantes étaient en mauvais état :

- Il a été constaté que des murs de nombreuses zones du foyer et des aires communes étaient endommagés, y compris, mais sans s'y limiter, de multiples zones de cloisons sèches endommagées, des cloisons sèches non peintes, des réparations de peinture mal assorties, de peinture écaillée et rayée, des marques noires sur les murs.
- La finition de la plupart des surfaces au-dessus des meubles de télévision et des étagères dans les salons était décollée, exposant ainsi le bois nu et poreux, ce qui pose un problème potentiel de nettoyage et de lutte contre les infections.
- Les mains courantes dans toutes les zones du foyer sont abîmées et la finition se détache, exposant le bois poreux et nu, ce qui crée un problème potentiel de nettoyage et de contrôle des infections.
- Un certain nombre de zones du foyer ayant certaines plinthes qui sont manquantes ou qui se détachent des murs.
- Les rideaux des fenêtres dans les chambres des personnes résidentes sortent des rails.

Zone du foyer d'Essex

- Le matériau noir sous les chaises de la salle à manger du foyer se détache du dessous de l'assise et pend.
- Le calfeutrage autour de la base des toilettes est fissuré et décoloré dans la salle de bain des visiteurs.
- Une fissure d'angle allant du plafond au sol est présente à l'entrée de l'unité en

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 London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London (Ontario) N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

dehors de la chambre d'une personne résidente.

– Du ruban adhésif a été utilisé pour fixer la protection murale Acrovyn de la porte de l'armoire du concierge.

Zone du foyer de Huron

- Il manque des carreaux au comptoir de la salle de spa.
- Une porte de placard est manquante dans la chambre d'une personne résidente.

Zone du foyer de Walkerville

- Le carrelage de la chambre d'une personne résidente se soulève, le réservoir des toilettes est recouvert de ruban adhésif orange et la manivelle de la fenêtre est manquante.
- Dans la chambre d'une personne résidente, du ruban adhésif a été utilisé comme bande de transition entre la salle de bains et la chambre.

Un examen du programme et des politiques du foyer en matière d'entretien préventif a permis de constater que la politique MNTC-01-01-01, révisée pour la dernière fois en février 2022, indiquait ce qui suit :

« OBJECTIF – Cette politique établit l'exigence d'un programme visant à maintenir le bâtiment et le matériel dans un état qui offre un environnement sûr, agréable et convivial aux occupants. »

Lors d'une visite des foyers de Huron et de Devonshire avec plusieurs membres de l'équipe de la direction, ni l'un ni l'autre n'a pu fournir de raison pour les problèmes d'entretien dans le foyer, mais tous deux ont reconnu que les conditions étaient inacceptables et un membre de l'équipe de la direction a indiqué que le programme d'entretien en ligne du foyer n'était pas toujours utilisé pour alerter et faire un suivi des problèmes ou des réparations du bâtiment et de l'entretien.

Le fait de ne pas maintenir l'intérieur et l'extérieur du foyer de sorte qu'ils soient sûrs et en bon état a eu une répercussion potentielle sur le droit des personnes résidentes à vivre dans un environnement sûr, propre et agréable, et ce, dans la dignité.

Sources : les entretiens, les observations, les dossiers de plaintes, les politiques et les procédures.

[115]

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 1^{er} août 2024

(A2)

Le ou les problèmes de conformité suivants ont été modifiés : Problème de conformité n° 0011

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) No 003 Système de communication et d'intervention

Problème de conformité n° 011 ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 20 (a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Système de communication bilatérale

Par. 20 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer soit doté d'un système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel qui réunit les conditions suivantes :

a) il est aisément visible, accessible et utilisable par les résidents, le personnel et les visiteurs en tout temps;

L'inspectrice ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de conformité [alinéa 155 (1) a) de la LRSLD 2021] :

Plus précisément, le titulaire de permis doit :

a) s'assurer que le système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel est aisément visible, accessible et utilisable par les personnes résidentes, le personnel et les visiteurs à tout moment, et qu'il est correctement calibré pour que le niveau sonore soit audible par le personnel.

b) prendre des mesures correctives pour s'assurer que des téléavertisseurs sont disponibles ou que le foyer dispose d'un plan lorsque les téléavertisseurs ne sont pas disponibles pour s'assurer que le personnel soignant est immédiatement alerté d'un appel passé par une personne résidente.

c) consigner des vérifications du temps de réponse de la sonnette d'appel (à partir des cordons d'appel) pour une personne résidente par foyer, par jour et par équipe, en consignant un suivi pour déterminer ce qui empêche principalement de répondre à la sonnette d'appel pendant une période prolongée et d'intervenir, comme déterminé par la personne ayant fait la vérification.

d) faire des vérifications qui se poursuivront et conserver la documentation jusqu'à ce que le MSLD ait approuvé la conformité au présent ordre.

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 London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London (Ontario) N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

Raisons

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer soit équipé d'un système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel aisément visible, accessible et utilisable par les personnes résidentes, le personnel et les visiteurs à tout moment.

Justification et résumé

À une date donnée, les inspectrices n° 739 et n° 115 ont noté qu'un membre du personnel de soins directs utilisait un téléavertisseur pour répondre aux sonneries d'appel, mais qu'un seul préposé aux soins à domicile avait accès à un téléavertisseur.

Au moment de l'inspection, le foyer était équipé d'un système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel qui permettait aux personnes résidentes d'appeler à l'aide en tirant sur le cordon situé à leur chevet ou dans leur salle de bains. Les appels effectués en tirant sur le cordon étaient transmis à un écran situé sur les bureaux des infirmiers et des infirmières et à des téléavertisseurs portés par le personnel. Un bruit était émis par l'écran et le téléavertisseur pour avertir le personnel de consulter la notification du système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel. Lorsque le cordon d'alimentation est activé, une lumière rouge s'allume sur le mur à l'extérieur de la chambre de la personne résidente pour indiquer que le dispositif a été activé.

Lors d'un entretien avec plusieurs membres du personnel de soins directs, tous ont indiqué que les téléavertisseurs permettant d'alerter le personnel en cas de sonnerie avaient été égarés ou ne fonctionnaient plus, et qu'ils n'avaient pas été remplacés. Les deux employés ont déclaré que sans l'utilisation d'un plus grand nombre de téléavertisseurs, le personnel ne peut pas entendre la sonnerie d'appel et ne peut pas non plus voir l'emplacement de l'alarme de la sonnerie d'appel, car l'écran est situé au bureau des infirmiers et des infirmières et n'est pas visible depuis les couloirs des chambres des personnes résidentes.

Les inspectrices n° 739 et n° 115 ont testé le système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel et ont constaté que les lumières des sonnettes d'appel situées à l'extérieur des portes des chambres des personnes résidentes ne pouvaient pas être vues depuis différents points des couloirs des personnes résidentes, que l'écran n'était visible que depuis la salle à manger et le bureau des

infirmiers et des infirmières, et que les sonnettes d'appel n'étaient pas audibles si l'on n'était pas proche du bureau des infirmiers et des infirmières.

Un entretien avec plusieurs membres de l'équipe de la direction a confirmé qu'ils étaient conscients des problèmes liés à l'appel de communication et à la réponse à la cloche. L'administrateur ou l'administratrice a indiqué qu'il ou elle avait fait part de ses préoccupations et qu'il ou elle avait contacté l'équipe régionale d'Extendicare par le passé, mais qu'il avait compris que les fonds étaient utilisés pour d'autres systèmes dans le foyer.

Un examen du procès-verbal de la réunion du conseil de famille du 24 janvier 2024 montre que les préoccupations du conseil concernant le délai de réponse du personnel aux sonneries d'appel des personnes résidentes ont été soumises au foyer le 4 février 2024.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que le système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel soit aisément visible, accessible et utilisable par les personnes résidentes, le personnel et les visiteurs et à ce que le niveau sonore soit audible par le personnel, a contribué aux risques pour la sécurité des personnes résidentes, au stress et à l'anxiété de celles-ci, ainsi qu'aux retards dans les réponses du personnel.

Sources : les plaintes, les procès-verbaux des réunions du conseil de famille, les entretiens et les observations.

[115]

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 1^{er} août 2024

RENSEIGNEMENTS SUR LA RÉVISION/L'APPEL

PRENDRE ACTE Le titulaire de permis a le droit de demander une révision par le directeur du ou des présents ordres et/ou du présent avis de pénalité administrative (APA) conformément à l'article 16g de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (la Loi). Le titulaire de permis peut demander au directeur de suspendre le ou les présents ordres en attendant la révision. Si un titulaire de permis demande la révision d'un APA, l'obligation de payer est suspendue jusqu'à la décision de la révision.

Remarque : En vertu de la Loi, les frais de réinspection ne peuvent faire l'objet d'une révision par le directeur ou d'un appel auprès de la Commission d'appel et de révision des services de santé (CARSS). La demande de révision par le directeur doit être présentée par écrit et signifiée au directeur dans les 28 jours suivant la date de signification de l'ordre ou de l'APA au titulaire de permis.

La demande écrite de révision doit comprendre :

- (a) les parties de l'ordre ou de l'APA pour lesquelles la révision est demandée;
- (b) toute observation que le titulaire de permis souhaite que le directeur prenne en considération;
- (c) une adresse de signification pour le titulaire de permis.

La demande écrite de révision doit être signifiée en mains propres, par courrier recommandé, par courriel ou par service de messagerie commerciale à la personne indiquée ci-dessous.

Directeur

a/s du coordonnateur des appels
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée du
Ministère des Soins de longue durée
438, avenue University, 8^e étage
Toronto (Ontario) M7A 1N3
Courriel : MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca

Si la signification se fait :

- (a) par courrier recommandé, elle est réputée être effectuée le cinquième jour après

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 London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London (Ontario) N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

le jour de l'envoi;

(b) par courriel, elle est réputée être effectuée le jour suivant, si le document a été signifié après 16 h;

(c) par service de messagerie commerciale, elle est réputée être effectuée le deuxième jour ouvrable après la réception du document par le service de messagerie commerciale.

Si une copie de la décision du directeur n'est pas signifiée au titulaire de permis dans les 28 jours suivant la réception de la demande de révision du titulaire de permis, le ou les présents ordres et/ou le présent APA sont réputés confirmés par le directeur et, aux fins d'un appel devant la CARSS, le directeur est réputé avoir signifié au titulaire de permis une copie de ladite décision à l'expiration de la période de 28 jours.

En vertu de l'article 170 de la Loi, le titulaire de permis a le droit d'interjeter appel de l'une ou l'autre des décisions suivantes auprès de la CARSS :

- (a) un ordre donné par le directeur en vertu des articles 155 à 159 de la Loi;
- (b) un APA délivré par le directeur en vertu de l'article 158 de la Loi;
- (c) la décision de révision du directeur, rendue en vertu de l'article 169 de la Loi, concernant l'ordre de conformité (art. 155) ou l'APA (art. 158) d'un inspecteur.

La CARSS est un tribunal indépendant qui n'a aucun lien avec le ministère. Elle est établie par la législation pour examiner les questions relatives aux services de soins de santé. Si le titulaire de permis décide d'interjeter appel, il doit remettre un avis d'appel écrit dans les 28 jours suivant la date à laquelle il a reçu une copie de l'ordre, de l'APA ou de la décision du directeur qui fait l'objet de l'appel. L'avis d'appel doit être remis à la fois à la CARSS et au directeur.

Commission d'appel et de révision des services de santé

À l'attention du registrateur
151, rue Bloor Ouest, 9^e étage
Toronto (Ontario) M5S 1S4

Directeur

a/s du coordonnateur des appels

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 London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London (Ontario) N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

Ministère des Soins de longue durée

438, avenue University, 8^e étage

Toronto (Ontario) M7A 1N3

Courriel : MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca

Dès réception, la CARSS accusera réception de votre avis d'appel et vous fournira des instructions concernant la procédure d'appel et d'audience. Le titulaire de permis peut en savoir plus sur la CARSS en consultant le site Web www.hsarb.on.ca.