

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 420

Ottawa, ON K1S 3J4

Téléphone : 877 779-5559

Rapport public original

Date de publication du rapport : 5 avril 2023

Numéro d'inspection : 2023-1240-0002

Type d'inspection :

Suivi de plainte

Inspection dans le cadre du Système de rapport d'incidents critiques

Titulaire de permis : Genesis Gardens Inc.

Foyer de soins de longue durée et ville : Foyer St-Viateur Nursing Home, Limoges

Inspectrice principale

Julienne NgoNloga (502)

Signature numérique de l'inspectrice

Julienne

Ngo Nloga

Signé numériquement par
Julienne Ngo Nloga
Date : 2023.04.17
21:56:56 -04 -05'00'

Autres inspectrices ou inspecteurs

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu aux dates suivantes :
du 6 au 10 mars, et les 13 et 14 mars 2023

Les éléments suivants ont été inspectés :

- Registre : n° 00014269 — suivi de l'ordre de conformité n° 001 émis aux termes de l'article 26 du Règl. de l'Ont. 246/22.
- Registre : n° 00020046 (SIC n° 2746-000001-23) concernant une lésion de cause inconnue.
- Registre : n° 00019972 concernant une allégation de mauvais traitements d'une personne résidente de la part d'un membre du personnel.

Les inspectrices Kelly Boisclair-Buffam (000724) et Maryse Lapensee (000727) ont assisté à l'inspection durant une orientation.

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

- Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
- Prévention et contrôle des infections
- Foyer sûr et sécuritaire
- Prévention des mauvais traitements et de la négligence

Ministère des Soins de longue duréeDivision des opérations relatives aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée**District d'Ottawa**347, rue Preston, bureau 420
Ottawa, ON K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Déclaration des droits des résidents

Avis écrit de non-conformité n° 001 aux termes de la LRSLD 2021, alinéa 154 (1) 1.

Non-respect de l'alinéa 3 (1) 17 de la LRSLD 2021.

Le titulaire de permis a omis de veiller au plein respect et à la promotion des droits, c'est-à-dire pour la personne résidente, le droit de savoir à la fois qui est responsable de ses soins directs et qui les lui fournit.

Justification et résumé

L'observation de deux membres du personnel pendant la fourniture des soins a montré qu'ils ne s'identifiaient pas avant de fournir des soins à une personne résidente. Le personnel n'avait aucune identification comme un badge, pour aider la personne résidente à identifier qui lui fournissait des soins.

Les deux membres du personnel ont indiqué qu'on ne leur avait pas donné de badge depuis leur embauche. Un troisième membre du personnel a dit que son badge ne correspondait pas à son poste actuel.

La directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI) a déclaré que le foyer avait essayé différents types de badge et qu'aucun n'était efficace. Les membres du personnel ont continué de ne pas respecter cette mesure et de ne porter aucun badge. La ou le DSI a attiré l'attention de l'administratrice ou de l'administrateur sur le problème. L'administratrice ou l'administrateur a reconnu que les membres du personnel ne portaient pas leur badge, car ils se connaissaient tous.

En ne s'identifiant pas, le personnel n'a pas veillé à la promotion du droit des personnes résidentes de savoir qui est responsable de leurs soins et qui les fournit.

Sources : observation de l'inspectrice, entretiens avec le personnel, la ou le DSI et l'administratrice ou l'administrateur.

[502]

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 420
Ottawa, ON K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

AVIS ÉCRIT : Programme de soins**Avis écrit de non-conformité n° 002 aux termes de la LRSLD 2021, alinéa 154 (1) 1.**

Non-respect de l'alinéa 6 (4) a) de la LRSLD 2021

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que le personnel et les autres personnes qui participent aux différents aspects des soins de la personne résidente collaborent à son évaluation afin que leurs évaluations s'intègrent les unes aux autres, soient compatibles et se complètent.

Justification et résumé

Une personne résidente a subi une blessure pendant son transfert à l'aide d'un dispositif de transfert mécanique. Les dossiers médicaux de la personne résidente au moment de l'incident mentionnaient qu'elle avait une déficience cognitive grave et indiquaient l'utilisation du dispositif de transfert mécanique.

La ou le DASI a expliqué que les membres du personnel suivaient l'évaluation de la ou du physiothérapeute, datée de 2021, qui indiquait que le personnel pouvait utiliser le dispositif de transfert mécanique pour l'élimination et la propreté.

Deux membres du personnel ont déclaré que, lorsque la personne résidente était somnolente, ils s'en remettaient à leur jugement pour la transférer à l'aide d'un autre dispositif mécanique, mais qu'ils continuaient d'utiliser le premier dispositif mécanique pour les transferts du fauteuil roulant à la toilette, même si la personne résidente n'était pas en mesure de participer au transfert. Les deux membres du personnel ont déclaré que si l'état de santé d'une personne résidente changeait, ils informaient l'infirmière ou l'infirmier de garde, qui informait la physiothérapie, et la personne résidente serait transférée avec le deuxième dispositif de transfert mécanique jusqu'à ce que la physiothérapie réévalue la personne résidente.

La ou le physiothérapeute a déclaré que la santé de la personne résidente s'était dégradé au fil des mois et que sur la base de son évaluation cognitive, elle n'était pas en mesure de se conformer à des instructions verbales, et n'était donc pas candidate à un transfert avec le premier dispositif mécanique. La ou le physiothérapeute a indiqué ne pas avoir reçu d'aiguillage pour réévaluer la personne résidente avant la blessure. La ou le physiothérapeute a reconnu qu'il y avait un manque de communication entre le personnel infirmier et les services de physiothérapie.

Parce qu'ils n'ont pas adressé la personne résidente à la physiothérapie aux fins de réévaluation, les membres du personnel ont continué d'utiliser le premier dispositif de transfert mécanique qui a contribué à la blessure de la personne résidente.

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 420
Ottawa, ON K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

Sources : Programme de soins de la personne résidente, entretien avec le personnel, avec la ou le physiothérapeute et d'autres membres du personnel pertinents. [502]

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections**Avis écrit de non-conformité n° 003 aux termes de la LRSLD 2021, alinéa 154 (1) 1.**

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

Le titulaire permis met en œuvre les normes ou les protocoles que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections.

Conformément à l'exigence de précaution supplémentaire aux termes de la disposition 10.4 h), le titulaire de permis a omis de veiller à ce que l'on offre un soutien aux personnes résidentes pour pratiquer l'hygiène des mains avant leur déjeuner et les collations de l'après-midi.

Justification et résumé

L'inspectrice a remarqué que le personnel n'aidait pas les personnes résidentes à pratiquer l'hygiène des mains avant de servir le déjeuner et les collations de l'après-midi.

Elle a examiné la politique et la marche à suivre du programme de PCI du foyer, datée du 13 mars 2023, qui mentionnait que l'hygiène des mains signifie le nettoyage des mains, soit en se lavant les mains (à l'aide de savon et d'eau), le lavage des mains avec de l'antiseptique, la friction antiseptique des mains (c.-à-d. avec un désinfectant pour les mains à base d'alcool, y compris de la mousse ou du gel) ou bien un antiseptique chirurgical pour les mains.

Un membre du personnel a indiqué qu'il utilisait des débarbouillettes jaunes chaudes pour nettoyer les mains et le visage des personnes résidentes avant et après les repas.

Un deuxième membre du personnel a indiqué que ses responsabilités consistaient en partie à vérifier l'hygiène des mains du personnel et des personnes résidentes. Le résultat des vérifications qu'il avait effectuées indiquait que le membre du personnel utilisait des débarbouillettes jaunes au lieu de désinfectant pour les mains à base d'alcool (DMBA) pour aider les personnes résidentes à pratiquer l'hygiène des mains.

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 420
Ottawa, ON K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

Un troisième membre du personnel a indiqué que le foyer s'attendait à ce que l'on propose l'hygiène des mains avant d'entrer dans la salle à manger et après les repas en utilisant un désinfectant pour les mains à base d'alcool (DMBA). Les débarbouillettes jaunes chaudes étaient placées sur la table de la salle à manger une fois que les personnes résidentes étaient assises afin qu'elles puissent se nettoyer les mains et le visage avant et après le repas, et non pas pour remplacer le DMBA.

La ou le responsable de la PCI a indiqué que la façon d'agir habituelle consistait à proposer l'hygiène des mains avant et après les repas en utilisant un désinfectant pour les mains à base d'alcool (DMBA). La ou le responsable de la PCI avait informé le personnel qu'il avait cessé de donner du DMBA dans la salle à manger, et qu'il fallait plutôt pratiquer l'hygiène des mains avec du DMBA à la porte avant d'entrer dans la salle à manger. La ou le responsable de la PCI a reconnu que le personnel n'aidait pas de façon uniforme les personnes résidentes à pratiquer l'hygiène des mains avant un repas.

Ne pas aider les personnes résidentes à pratiquer l'hygiène des mains les exposait à un risque de contamination croisée.

Sources : Observation de l'inspectrice. Entretiens avec du personnel.

[502]

AVIS ÉCRIT : Politique relative aux mauvais traitements

Avis écrit de non-conformité n° 004 aux termes de la LRSLD 2021, alinéa 154 (1) 1.

Non-respect du paragraphe 103 d) du Règl. de l'Ont. 246/22

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que sa politique écrite, prévue à l'article 25 de la Loi, visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes, indique la façon dont sera menée l'enquête sur les allégations de mauvais traitements et de négligence, notamment qui sera chargé de l'enquête et qui en sera avisé.

Justification et résumé

Une allégation de gavage d'une personne résidente par un membre du personnel dans la salle à manger a été signalée à la directrice adjointe ou au directeur adjoint des soins infirmiers (DASI).

Un examen de la politique du foyer relative aux mauvais traitements des personnes résidentes, révisée en décembre 2022, exige que le rapport préliminaire écrit comporte les renseignements suivants :

1. ce qui s'était passé;
2. à quel moment;

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 420
Ottawa, ON K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

3. qui était impliqué — y compris les témoins de l'événement;
4. où cela s'était produit et s'il y avait quelqu'un à proximité immédiate qui pouvait avoir une connaissance directe ou indirecte des circonstances;
5. pourquoi l'incident s'était-il produit et si l'on avait pu faire quelque chose pour empêcher que cela se produise;
6. les témoignages écrits des témoins;
7. toute autre information importante pouvant avoir un rapport avec l'incident.

L'examen de l'enquête du foyer effectuée par la ou le DASI a permis de constater que l'on n'avait pas identifié les personnes impliquées dans l'incident, que les déclarations écrites des témoins n'étaient pas incluses dans le rapport d'enquête, et que l'on ne mentionnait pas toute mesure prise pour protéger la personne résidente ou pour prévenir que l'incident se reproduise.

La ou le DASI a déclaré avoir effectué l'enquête sur l'allégation de gavage, et l'administratrice ou l'administrateur a fourni une copie de l'enquête achevée.

En n'enquêtant pas sur les allégations de mauvais traitements conformément à la politique du foyer, le foyer n'a pas déterminé ce que l'on aurait pu faire pour empêcher que l'incident se reproduise.

Sources : Politique du foyer relative aux mauvais traitements et enquête du foyer. Entretien avec du personnel, et avec la ou le DSI.

[502]

AVIS ÉCRIT : déclaration des droits des résidents

Avis écrit de non-conformité n° 005 aux termes de la LRSLD 2021, alinéa 154 (1) 1.

Non-respect du paragraphe 265 (4) du Règl. de l'Ont. 246/22

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que le principe fondamental énoncé à l'article 1 de la Loi et la déclaration des droits des résidents fussent affichés en anglais et en français.

Justification et résumé.

On a remarqué que la déclaration des droits des résidents, datée de 2007, était affichée dans le foyer.

Ce fait a été porté à l'attention de l'administratrice ou de l'administrateur en mars 2023.

L'administratrice ou l'administrateur a indiqué ne pas avoir reçu de copie d'une version mise à jour en 2022 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (LRSLD), ni avoir essayé de s'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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 420
Ottawa, ON K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

procurer une.

La déclaration des droits des résidents, mentionnée dans la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, est demeurée affichée jusqu'à la fin de l'inspection.

Parce que l'on n'affichait pas la version de la déclaration des droits des résidents figurant dans la LRSLD, les personnes résidentes n'étaient pas au courant des changements apportés à cette déclaration.

Sources : Observation de l'inspectrice. Entretien avec l'administratrice ou l'administrateur.
[502]

AVIS ÉCRIT : Techniques de transfert et de changement de position

Avis écrit de non-conformité n° 006 aux termes de la LRSLD 2021, alinéa 154 (1) 1.

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

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que les membres du personnel utilisent des appareils ou des techniques de transfert et de changement de position sécuritaires lorsqu'ils aident une personne résidente.

Justification et résumé

Les notes d'évolution d'une personne résidente indiquaient qu'elle avait subi une blessure en février 2023 et qu'elle souffrait. On l'avait envoyée à l'hôpital pour un examen plus approfondi et diagnostiqué qu'elle avait une fracture.

Le dossier médical de la personne résidente indiquait qu'elle avait une déficience cognitive grave et dépendait totalement d'autrui pour tous les transferts.

Les notes d'enquête du foyer et les entretiens avec le personnel indiquaient que six membres du personnel avaient transféré la personne résidente du lit au fauteuil et du fauteuil à la chaise d'aisance avec un dispositif mécanique déterminé pour le transfert, jusqu'au jour de l'incident.

La ou le physiothérapeute a déclaré que l'on devait utiliser le verticalisateur si la personne résidente satisfaisait aux quatre critères suivants :

- est capable de supporter 50 pour cent (50 %) de son poids sur une jambe,
- est capable de s'asseoir sans soutien,
- a une amplitude de mouvements suffisante pour se tenir au moins avec un bras,
- est capable de suivre des directives verbales.

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 420

Ottawa, ON K1S 3J4

Téléphone : 877 779-5559

La ou le physiothérapeute a indiqué que la santé de la personne résidente s'était dégradée au cours des 12 derniers mois. Selon son évaluation cognitive, elle n'aurait pas pu être candidate à un transfert par verticalisateur.

Parce que l'on avait transféré la personne résidente à l'aide du dispositif de transfert mécanique déterminé, elle avait subi une blessure.

Sources : Notes d'évolution, programme de soins, et dossier médical. Entretiens avec la ou le physiothérapeute et d'autres membres du personnel pertinents.

[502]