

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 410
Ottawa, ON K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

Rapport public initial	
Date d'émission du rapport : 23 mai 2024	
Numéro d'inspection : 2024-1201-0002	
Type d'inspection : Incident critique	
Titulaire de permis : Marianhill Inc.	
Foyer de soins de longue durée et ville : Marianhill Nursing Home, Pembroke	
Inspectrice principale Dee Colborne (000721)	Signature numérique de l'inspectrice Diana (Dee) Colborne signé numériquement par Diana (Dee) Colborne Date : 2024.05.27 08:50:03 -04'00'
Autres inspectrices ou inspecteurs	

RÉSUMÉ D'INSPECTION
L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 14, 15, 16 et 17 mai 2024
L'inspection concernait : le registre n° 00115016 – plainte d'une personne résidente relativement à de la négligence dans les soins.

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

- Prévention et gestion de la peau et des plaies
- Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
- Alimentation, nutrition et hydratation
- Prévention et contrôle des infections
- Rapports et plaintes
- Gestion de la douleur

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 410
Ottawa, ON K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité n° 001 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de l'alinéa 29 (4) a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programme de soins

Par. 29 (4) Le titulaire de permis veille à ce qu'un diététiste agréé qui fait partie du personnel du foyer :

a) effectue une évaluation nutritionnelle pour tous les résidents au moment de leur admission et chaque fois qu'un changement important se produit dans l'état de santé d'un résident;

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'une évaluation nutritionnelle complète fût effectuée pour toutes les personnes résidentes au moment de leur admission. En particulier, le titulaire de permis a omis d'effectuer une évaluation nutritionnelle d'une personne résidente au moment de l'admission.

Justification et résumé :

L'inspectrice a examiné l'aiguillage relatif à la nutrition à l'intention de la ou du diététiste agréé (DA) que l'IAA avait envoyé à une date donnée d'avril 2024, et elle a remarqué que l'aiguillage n'était pas exécuté pour la personne résidente.

L'inspectrice a examiné l'ingestion d'aliments et de liquides d'une personne résidente à partir du moment de son admission à une date donnée d'avril 2024 jusqu'à son décès à une date donnée de mai 2024, et elle a remarqué que son ingestion d'aliments et de liquides était inférieure aux exigences. Un examen des notes d'évolution de la personne résidente indiquait qu'à une date déterminée d'avril 2024, l'IAA avait envoyé un autre aiguillage à la ou au diététiste agréé pour évaluer la personne résidente concernant des problèmes de déglutition et pour obtenir une ordonnance de supplément. On constatait que la ou le diététiste agréé avait effectué une évaluation de l'alimentation à une date déterminée d'avril 2024, avait ordonné des suppléments et une modification de la texture du régime alimentaire de la personne résidente. Aucune autre évaluation nutritionnelle n'avait été effectuée.

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 410
Ottawa, ON K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

Lors d'un entretien, une IAA et une PSSP ont confirmé que l'ingestion d'aliments et de liquides de la personne résidente était faible depuis son admission.

Lors d'un entretien, la ou le diététiste agréé a confirmé ne pas avoir effectué l'évaluation nutritionnelle au moment de l'admission, mais avoir effectivement effectué une évaluation de l'alimentation à une date déterminée d'avril 2024.

Lors d'un entretien à une date donnée de mai 2024, la ou le DSI a confirmé que le foyer s'attend à ce que la ou le diététiste agréé effectue l'évaluation nutritionnelle au moment de l'admission pendant la première semaine qui suit l'admission.

Ne pas veiller à ce qu'une évaluation nutritionnelle soit effectuée au moment de l'admission accroît le risque que les personnes résidentes ne bénéficient pas d'interventions nutritionnelles appropriées.

Sources : Notes d'évolution, formulaire d'aiguillage pour évaluation nutritionnelle, ingestion des aliments et des liquides d'une personne résidente, entretien avec les personnes suivantes : IAA, DA, DSI et un autre membre du personnel.
[000721]

AVIS ÉCRIT : Exigences générales

Problème de conformité n° 002 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de la disposition 34 (1) 3 du Règl. de l'Ont. 246/22.

Exigences générales

Par. 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 a omis de veiller à ce que le programme d'hydratation fût mis à jour au moins une fois par année conformément aux pratiques fondées sur des données probantes. En particulier, le titulaire de permis a omis de mettre à jour une fois par année sa politique intitulée programme de surveillance des liquides (*Fluid Watch Program*) qui avait été mise à jour pour la dernière fois en novembre 2020.

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 410
Ottawa, ON K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

Justification et résumé :

Lors d'un examen de la politique du foyer intitulée programme de surveillance des liquides (*Fluid Watch Program*) dans le manuel des soins infirmiers à la section de la gestion des risques des politiques du foyer, on découvrait que la date d'entrée en vigueur de la politique était novembre 2020, et qu'aucune date de révision ne figurait sur le document,

Lors d'un entretien à une date donnée de mai 2024, la ou le chef des services de nutrition/chef intérimaire des services de l'environnement a confirmé que le programme de surveillance des liquides (*Fluid Watch Program*) n'avait pas été mis à jour depuis novembre 2020.

Lors d'un entretien à une date déterminée de mai 2024, l'administratrice ou l'administrateur a confirmé que le foyer s'attend à ce que l'on veille à ce que les politiques soient mises à jour sur une base annuelle.

Ne pas mettre à jour les programmes sur une base annuelle accroît le risque pour le foyer de ne pas respecter les pratiques fondées sur des données probantes.

Sources : Politique du foyer intitulée programme de surveillance des liquides (*Fluid Watch Program*) datée de novembre 2020 et figurant dans le manuel des soins infirmiers à la section gestion des risques. Entretiens avec la ou le chef des services de nutrition/chef intérimaire des services de l'environnement et avec l'administratrice ou l'administrateur.

[000721]

AVIS ÉCRIT : Bain

Problème de conformité n° 003 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect du paragraphe 37 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Bain

Par. 37 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque résident du foyer prenne un bain au moins deux fois par semaine en utilisant la méthode de son choix ou plus souvent compte tenu de ses besoins en matière d'hygiène, sauf si la chose est contre-indiquée en raison d'un état pathologique.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que chaque personne résidente du foyer prenne un bain au moins deux fois par semaine en utilisant la méthode de son choix. En particulier, une personne résidente n'avait pas reçu de bain deux fois par semaine.

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 410
Ottawa, ON K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

Justification et résumé :

Un examen du programme de soins écrit d'une personne résidente à l'égard du bain précise que la personne résidente doit avoir de l'aide du personnel pour prendre un bain deux fois par semaine à des jours déterminés de la semaine pendant le poste de travail de jour.

Un examen de la documentation révélait que le bain de la personne résidente n'était pas attesté par une signature comme une tâche effectuée lors de deux dates précises d'avril et de mai 2024.

Lors d'un entretien à une date donnée de mai 2024, une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) a confirmé que la personne résidente devait avoir deux bains par semaine.

Lors d'un entretien à une date donnée de mai 2024, la directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI) a confirmé que la personne résidente n'avait pas eu son bain à deux dates déterminées d'avril et de mai 2024.

Ne pas veiller à ce que le programme de soins écrit soit respecté pour qu'une personne résidente reçoive un bain accroît le risque que celle-ci ne soit pas en état de propreté.

Sources : Programme de soins écrit d'une personne résidente, documentation relative au bain, entretien avec une PSSP et avec la ou le DSI.
[000721]

AVIS ÉCRIT : Médecin traitant

Problème de conformité n° 004 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de l'alinéa 88 (1) a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Médecin traitant ou infirmière autorisée ou infirmier autorisé (catégorie supérieure)
Par. 88 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soit un médecin soit une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé de la catégorie supérieure fasse ce qui suit :

il fait passer à chaque résident un examen physique dès son admission et une fois par année par la suite et rédige un rapport des résultats de l'examen;

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que l'on fasse passer à chaque personne résidente un examen physique dès son admission et à ce que l'on rédige un rapport des résultats de l'examen. En particulier, on n'avait pas fait passer d'examen physique à une personne résidente dès son admission,

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 410
Ottawa, ON K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

Justification et résumé :

L'inspectrice a examiné la fiche physique d'une personne résidente à une date déterminée de mai 2024, et elle n'a pas été en mesure de trouver un examen physique effectué par un médecin au moment de l'admission. Lors de l'examen des notes d'évolution de la personne résidente, il y avait une entrée rédigée par le médecin à une date déterminée de mai 2024, un jour après le décès de la personne résidente. La note indiquait que le médecin et la ou le chef des services infirmiers avaient eu un échange de vues au sujet de la personne résidente à une certaine date d'avril 2024, mais rien n'indiquait qu'ils avaient effectué une évaluation physique.

Lors d'un entretien à une date déterminée de mai 2024, la ou le DSI a confirmé que le médecin devrait effectuer une évaluation physique moins d'une semaine après l'admission, et que le médecin avait effectivement une journée de clinique à une date déterminée d'avril 2024. La ou le DSI a confirmé que le médecin mettrait une note écrite de son évaluation physique dans les notes d'évolution, et la ou le DSI a confirmé qu'il n'y en avait pas.

Ne pas veiller à ce qu'une évaluation physique soit effectuée dès l'admission retarde le moment de la mise en place d'interventions pertinentes pour la personne résidente.

Sources : Dossier médical et notes d'évolution d'une personne résidente, et entretien avec la ou le DSI.

[000721]

AVIS ÉCRIT : PCI

Problème de conformité n° 005 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

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

Programme de prévention et de contrôle des infections

Par. 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

District d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa, ON K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

1) Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que les normes ou protocoles que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections soient suivis. En particulier, selon l'exigence supplémentaire 2.1 de la *Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée*, le foyer n'a pas effectué de vérifications en temps réel tous les trimestres en ce qui concerne la sélection, le port et le retrait de l'EPI par les membres du personnel.

Justification et résumé :

Lors d'un examen des vérifications relatives à l'EPI du foyer, l'inspectrice a remarqué que celles qui concernaient la sélection, le port et le retrait de l'EPI par le personnel n'avaient été effectuées qu'à cinq reprises, dont l'une avait eu lieu en 2021 et les quatre autres en 2022. Il n'y avait eu aucune vérification effectuée depuis ce moment-là.

Lors d'un entretien, la ou le responsable de la PCI a confirmé ne pas avoir effectué les vérifications tous les trimestres.

Lors d'un entretien, la ou le DSI a confirmé que le foyer s'attend à ce que la ou le responsable de la PCI effectue toute vérification comme l'exige la Norme de PCI.

Ne pas effectuer de vérifications de l'EPI porté par les membres du personnel accroît le risque que ceux-ci ne respectent pas les précautions pertinentes en matière de contrôle des infections.

Sources : Examen des vérifications du foyer en matière de PCI, entretiens avec la ou le responsable de la PCI, et avec la ou le DSI.
[000721]

2) Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que les normes ou protocoles que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections soient suivis. En particulier, selon l'exigence supplémentaire 7.3 b) de la *Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée*, le foyer n'a pas effectué des vérifications tous les trimestres pour veiller à ce que tous les membres du personnel puissent mettre en pratique les compétences exigées en matière de PCI dans le cadre de leurs fonctions.

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 410
Ottawa, ON K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

Justification et résumé :

Lors d'un examen des vérifications effectuées par le foyer, il y avait trois mentions de vérifications concernant les membres du personnel pour s'assurer qu'ils sont en mesure de mettre en pratique les compétences exigées en matière de PCI dans le cadre de leurs fonctions. Deux de ces vérifications avaient eu lieu en février 2022, et une en juillet 2023.

Lors d'un entretien, la ou le responsable de la PCI a confirmé ne pas avoir effectué de vérifications tous les trimestres concernant les membres du personnel pour s'assurer qu'ils effectuent leur formation en compétences exigées en matière de PCI.

Lors d'un entretien, la ou le DSI a confirmé que le foyer s'attend à ce que la ou le responsable de la PCI effectue toute vérification comme l'exige la Norme de PCI.

Ne pas effectuer de vérifications à l'égard des membres du personnel pour s'assurer qu'ils sont en mesure de mettre en pratique les compétences exigées en matière de PCI dans le cadre de leurs fonctions, accroît le risque que le personnel ne respecte pas les précautions pertinentes en matière de prévention et de contrôle des infections.

Sources : Examen des vérifications effectuées par le foyer en matière de PCI, entretiens avec la ou le responsable de la PCI, et avec la ou le DSI.
[000721]

AVIS ÉCRIT : Avis : incidents

Avis écrit n° 006 aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021),

Non-respect du paragraphe 104 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Avis : incidents

Par. 104 (2) Le titulaire de permis veille à ce que le résident et son mandataire spécial, s'il en a un, soient avisés des résultats de l'enquête exigée en application du paragraphe 27 (1) de la Loi et ce, dès la fin de l'enquête.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que l'on avisât la mandataire ou le mandataire spécial des résultats d'une enquête concernant un cas allégué de négligence. En particulier, on n'avait pas avisé la mandataire ou le mandataire spécial d'une personne résidente des résultats de l'enquête concernant un cas allégué de 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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa, ON K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

Justification et résumé :

Un examen des notes d'enquête du foyer concernant le cas allégué de négligence envers une personne résidente n'indique pas si l'on avait avisé la mandataire ou le mandataire spécial (MS) des résultats de l'enquête.

Un examen des notes d'évolution de la personne résidente n'indique pas si l'on avait avisé la ou le MS de la personne résidente des résultats de l'enquête sur la négligence.

Lors d'un entretien à une date déterminée de mai 2024, la ou le MS a confirmé ne pas avoir été informé(e) du résultat des allégations de négligence.

Lors d'un entretien à une date déterminée de mai 2024, la ou le DSI a confirmé que l'on n'avait pas avisé la ou le MS des résultats de l'enquête sur le cas allégué de négligence.

Ne pas informer la ou le MS des résultats d'une enquête sur un cas allégué de négligence a une incidence sur les relations entre la personne résidente et le foyer.

Sources : Notes d'enquête du foyer, notes d'évolution d'une personne résidente, entretiens avec la ou le MS et la ou le DSI.
[000721]

AVIS ÉCRIT : Rapports : incidents graves

Problème de conformité n° 007 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de la disposition 115 (1) 2 du Règl. de l'Ont. 246/22.

Rapports : incidents graves

Par. 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) :

2. Un décès inattendu ou soudain, notamment un décès résultant d'un accident ou d'un suicide.

Le titulaire de permis a omis de faire rapport au directeur du décès inattendu ou soudain d'une personne résidente. En particulier, le titulaire de permis n'a pas fait rapport du décès soudain d'une 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 410
Ottawa, ON K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

Justification et résumé :

Un examen des notes d'évolution d'une personne résidente indique que la personne résidente était froide au toucher, bavait du côté droit de la bouche, n'avait pas de signes vitaux, et qu'on l'avait trouvée droite dans son fauteuil roulant à une date et à une heure déterminées de mai 2024. On l'avait déclarée morte.

Un examen du certificat de décès signé par le coroner indiquait qu'il s'agissait d'un décès soudain.

Lors d'un examen du portail de LTChomes.net pour faire rapport des incidents critiques (IC), on a établi que le foyer n'avait pas soumis de rapport d'incident critique pour faire rapport du décès soudain de la personne résidente.

Un entretien avec la ou le DSI à une date déterminée de mai 2024 confirmait que l'on n'avait pas fait rapport du décès inattendu au directeur.

Ne pas faire rapport au directeur d'un décès inattendu ou soudain, retarde la rapidité d'exécution d'un suivi et d'une enquête pertinents.

Sources : Notes d'évolution et certificat de décès d'une personne résidente, portail de LTChomes.net, entretien avec la ou le DSI.

[000721]