

Rapport public initial

Date d'émission du rapport : 16 mai 2024	
Numéro d'inspection : 2024-1227-0001	
Type d'inspection : Plainte Incident critique Suivi	
Titulaire de permis : Medlaw Corporation Limited	
Foyer de soins de longue durée et ville : Pinecrest Nursing Home (Bobcaygeon), Bobcaygeon	
Inspectrice principale/Inspecteur principal Nicole Jarvis (741831)	Signature numérique de l'inspectrice/Signature numérique de l'inspecteur
Autres inspectrices ou inspecteurs Patricia Mata (571)	

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 1^{er}, 6 et 10 mai 2024

L'inspection a eu lieu à distance aux dates suivantes : 2 et 3 mai 2024

L'inspection concernait :

- N° de suivi : 1 – OC n° 001 / 2023-1227-0001, alinéa 33 (1) b) de la LRSLD (2021) – Politique de réduction au minimum de l'utilisation de la contention sur les résidents, date d'échéance de conformité : 16 février 2024.
- Plainte concernant les services de soins aux personnes résidentes
- Deux rapports d'incidents critiques concernant des déclarations d'éclosions

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° 2023-1227-0001 lié à l'alinéa 33 (1) b) de la LRSLD (2021) inspecté par Nicole Jarvis (741831)

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

- Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
- Soins liés à l'incontinence
- Prévention et gestion de la peau et des plaies
- Alimentation, nutrition et hydratation
- Gestion des médicaments
- Prévention et contrôle des infections
- Prévention des mauvais traitements et de la négligence
- Limites/Gestion des appareils d'aide personnelle

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Obligation du titulaire de permis de se conformer au programme

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.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne résidente n° 10 reçoive ses prothèses auditives comme le prévoyait le programme de soins.

Justification et résumé

Le programme de soins de la personne résidente n° 010 exige que le personnel autorisé remette à la personne résidente ses appareils auditifs dès son réveil.

À un certain moment, la personne résidente a été évaluée par le médecin. Elle ne portait pas ses appareils auditifs. À une autre occasion, un inspecteur ou une inspectrice a constaté que la personne résidente n'avait pas ses appareils auditifs alors qu'elle était debout, habillée et qu'elle se rendait dans la salle à manger.

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 (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

L'IAA a informé l'inspectrice que le personnel lui avait dit qu'il allait lever la personne résidente, mais l'IAA était occupé. Elle a donc installé les appareils auditifs de la personne résidente environ 20 à 35 minutes plus tard, alors que celle-ci était déjà dans la salle à manger.

En ne s'assurant pas que la personne résidente porte ses appareils auditifs, celle-ci risquait de ne pas entendre ce qui lui était dit, ce qui pourrait causer de la confusion, du stress ou de l'agitation.

Sources : dossier médical de la personne résidente n° 010, observations et entretien avec l'IAA n° 107. [571]

AVIS ÉCRIT : Services de diététique et d'hydratation

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

Non-respect de : l'alinéa 15 (1) b) de la LRSLD (2021)

Services de diététique et d'hydratation

Par. 15 (1) 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 :

b) un programme structuré d'hydratation qui vise à répondre aux besoins en hydratation des résidents.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que son programme d'hydratation structuré pour le foyer afin de répondre aux besoins d'hydratation de la personne résidente n° 10 soit respecté.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, si la Loi ou le présent règlement exige que le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée ait, établisse ou par ailleurs mette en place un plan, une politique, ou un protocole, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que ceux-ci soient respectés.

Justification et résumé

Sur une période de deux mois, il y a eu deux cas où la personne résidente n° 10 n'a pas consommé un minimum de 1 000 ml de liquides pendant trois jours consécutifs.

La politique du titulaire de permis indique que si une personne résidente a

consommé moins de 1 000 ml de liquide au cours de chacun des trois derniers jours, l'IAA doit : évaluer les signes et les symptômes de déshydratation, aiguiller la personne résidente à un ou une diététiste pour une évaluation et élaborer un programme de soins qui décrit les interventions appropriées à mettre en œuvre immédiatement (p. ex., administrer des liquides, voir ci-dessus).

Lors de l'examen des dossiers de santé clinique de la personne résidente, rien n'indique que les signes et les symptômes de déshydratation ont été évalués et elle n'a pas été aiguillée au diététiste professionnel ou à la diététiste professionnelle. Rien n'indique que les membres de l'équipe ont été encouragés à administrer des liquides à la personne résidente.

En ne veillant pas à ce que le programme d'hydratation organisé pour le foyer afin de répondre aux besoins d'hydratation soit respecté, le titulaire de permis a exposé la personne résidente à un risque de déshydratation non identifié.

Sources : examen du dossier clinique de la personne résidente n° 010, politique : programme d'hydratation (révisé le 22/03/2024) [741831]

AVIS ÉCRIT : Observation des instructions du fabricant

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

Non-respect de : l'article 26 du Règl. de l'Ont. 246/22

Observation des instructions du fabricant

Article 26 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le personnel utilise l'ensemble de l'équipement, des fournitures, des appareils, des appareils fonctionnels et des aides pour changer de position du foyer conformément aux instructions du fabricant.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel utilise l'ensemble de l'équipement, des fournitures, des appareils, des appareils fonctionnels et des aides pour changer de position du foyer conformément aux instructions du fabricant.

Justification et résumé

Lors des observations, un harnais mécanique avait été laissé sous plusieurs personnes résidentes en fauteuil roulant à différentes occasions et à différents jours.

La directrice des soins a indiqué qu'il fallait deux membres du personnel pour aider la personne résidente à se pencher en avant afin d'enlever ou d'appliquer le harnais, ce qui peut être difficile pour la personne résidente ainsi que pour certains membres du personnel. La directrice des soins a indiqué que si le harnais n'est pas facilement amovible, il faut le laisser sous la personne résidente. La directrice des soins a indiqué que cette information ne figurait pas dans le programme de soins de la personne résidente.

Les harnais n'étaient pas identifiables par l'étiquette observée par l'inspectrice. La directrice des soins a fourni les instructions du fabricant pour les harnais utilisés. Le harnais Handicare Universal porte la mention « Laisser en place : les harnais ne doivent être laissés en place que s'ils sont faits de tissu de mailles. D'autres tissus augmentent le risque de rupture de la peau s'ils sont laissés sous le patient pendant de longues périodes. La décision de laisser un harnais en place doit être fondée sur un raisonnement clinique solide et la justification doit être documentée. Un professionnel qualifié ou une professionnelle qualifiée doit toujours procéder à une évaluation des risques pour déterminer quel harnais doit être utilisé ». Les harnais à boucle de transfert passif d'Arjo Safety : les patients assis dans un fauteuil sont exposés à un plus grand risque de lésions de pression, en raison des pressions d'interface élevées concentrées sur une petite surface par rapport à la position allongée dans un lit. Il convient de procéder à une évaluation individuelle de la peau et de l'ensemble du patient avant de décider si un harnais doit être laissé sous le patient pendant une période donnée.

La directrice des soins a indiqué qu'il s'agissait d'un problème signalé lors de la dernière inspection et qu'elle avait l'intention d'acheter du tissu d'espacement à laisser sous la personne résidente en cas de besoin.

En ne veillant pas à ce que l'ensemble du personnel utilise l'équipement, en particulier les harnais mécaniques, plusieurs personnes résidentes ont été exposées à un risque d'altération de l'intégrité épidermique.

Sources : observations, instructions des fabricants et entretien avec la directrice des soins. [741831]

AVIS ÉCRIT : Administration des médicaments

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

Non-respect du : paragraphe 140 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Administration des médicaments

Par. 140 (2) Le titulaire de permis veille à ce que les médicaments soient administrés aux résidents conformément au mode d'emploi précisé par le prescripteur. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 140 (2)

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne résidente n° 10 reçoive les médicaments prescrits.

Justification et résumé

L'examen des dossiers cliniques a révélé qu'à deux reprises, la personne résidente n° 10 n'a pas reçu les médicaments prévus parce qu'elle dormait.

L'IAA a indiqué qu'à ces deux occasions, la personne résidente s'était recouchée et qu'elle ne voulait pas la réveiller. L'IAA n'a pas appelé le mandataire spécial ou le médecin pour les informer que les médicaments étaient conservés.

En n'administrant pas les médicaments prescrits, la personne résidente risquait de subir des conséquences négatives.

Sources : dossier clinique de la personne résidente n° 010 et entretien avec l'IAA n°107. [571]

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 001 Programme de prévention et de contrôle des infections

Problème de conformité n° 005 Ordonnance de conformité aux termes de l'alinéa 154 (1) 2 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)

L'inspecteur 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 :

1) Réaliser des vérifications quotidiennes pour s'assurer que les personnes résidentes bénéficient d'un soutien approprié pour l'hygiène des mains avant les repas et les collations et après la toilette. Ces vérifications doivent être menées pendant deux semaines ou plus si la conformité n'a pas été atteinte. Lorsque des lacunes sont repérées lors de la vérification, des mesures correctives doivent être prises et un enregistrement de ces mesures doit être conservé. Tenir un registre documenté et le mettre à la disposition des inspecteurs immédiatement sur demande.

2) Veiller à ce que le désinfectant pour les mains à base d'alcool soit disponible sur le lieu des soins et que des distributeurs de désinfectant pour les mains à base d'alcool soient installés sur le mur extérieur immédiatement adjacent à l'entrée de chaque chambre de patient ou de personne résidente. Consulter les Pratiques exemplaires d'hygiène des mains 4^e édition, Santé publique Ontario, pour s'assurer de l'emplacement approprié du désinfectant pour les mains à base d'alcool. Conserver la documentation relative à l'ajout ou au retrait de désinfectant pour les mains à base d'alcool ou à la procédure permettant de s'assurer que le personnel en dispose au point de service. Veiller à ce que le personnel sache que le désinfectant pour les mains à base d'alcool est à disposition au point de service. Conserver les documents relatifs à la communication. Mettre à la disposition de l'inspecteur, sur demande, tous les documents requis.

Motifs

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que toute norme délivrée par la directrice concernant la prévention et le contrôle des infections soit mise en œuvre. Conformément à la norme « Prévention et contrôle des infections (PCI) » pour les foyers de soins de longue durée, avril 2022 (révisée en septembre 2023) et l'exigence supplémentaire à l'article 10.4, le titulaire de permis doit s'assurer que le programme d'hygiène des mains comporte également des politiques et des procédures, comme composante du programme global de la PCI, qui comprend un soutien aux personnes résidentes pour qu'elles se lavent les mains avant de recevoir les repas et les collations, et après être allées à la toilette.

Justification et résumé

Lors des observations effectuées dans le foyer de soins de longue durée, le personnel n'a pas été vu en train d'aider les personnes résidentes à se laver les mains avant de s'alimenter. L'établissement de soins de longue durée se trouvait dans une situation d'éclosion, qui a été déclarée le 11 avril 2024.

Il n'y avait pas de désinfectant pour les mains à base d'alcool sur le chariot d'alimentation à la disposition du personnel pour aider la personne résidente et il n'y avait pas de désinfectant pour les mains à base d'alcool portable dans la chambre de la personne résidente.

La directrice des soins a indiqué que la cuisine doit s'assurer que les désinfectants pour les mains à base d'alcool sont sur les chariots.

Après avoir observé les PSSP n° 104 et 105 donner à manger aux personnes résidentes, l'inspectrice n° 741831 a demandé si le foyer avait une procédure pour aider les personnes résidentes à se laver les mains avant de leur donner une collation. La PSSP n° 104 a indiqué qu'il n'y avait pas de pratique dans le foyer et seulement lors des repas.

La PSSP n° 103 a été observé en train de nourrir une personne en isolement et la personne résidente asymptomatique sans proposer ou encourager l'hygiène des mains.

Le ou la responsable de la PCI a indiqué que le personnel est tenu d'aider les personnes résidentes à se laver fréquemment les mains, y compris pendant l'alimentation.

Le fait que le personnel ne soutienne pas et n'encourage pas les personnes résidentes à se laver les mains peut entraîner la propagation d'agents infectieux et nuire aux personnes résidentes, en particulier lors d'une éclosion active.

Sources : rapport d'incident critique, observations dans l'ensemble du foyer de soins de longue durée, entretien avec le ou la responsable de la PCI et la directrice des soins. [741831]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que toute norme délivrée par la directrice concernant la prévention et le contrôle des infections soit mise en œuvre.

Conformément à la norme « Prévention et contrôle des infections (PCI) » pour les foyers de soins de longue durée, avril 2022 (révisée en septembre 2023) », le titulaire de permis doit veiller à ce que le programme d'hygiène des mains comprenne l'accès à des agents d'hygiène des mains, y compris des désinfectants pour les mains à base d'alcool de 70 à 90 %. Ces agents doivent être facilement accessibles à la fois sur les points de service et dans les autres zones réservées aux personnes résidentes et les aires communes.

Justification et résumé

Au cours de la visite initiale, des observations ont été faites dans l'ensemble du foyer de soins de longue durée. Il a été observé que toutes les chambres des personnes résidentes ne disposaient pas de stations de désinfection des mains à base d'alcool à la disposition du personnel et d'autres personnes immédiatement au point de service.

La directrice des soins a indiqué qu'elle était concernée par la disposition du désinfectant des mains à base d'alcool. Elle a indiqué qu'une source externe avait indiqué que le désinfectant des mains à base d'alcool au chevet du patient ou au niveau du point de service n'était pas nécessaire.

Santé publique Ontario indique que le désinfectant des mains à base d'alcool doit être disponible à portée de main de l'endroit où les soins directs sont prodigués (point de service). Le point de service est décrit comme le lieu où trois éléments sont présents ensemble : la personne résidente, le fournisseur de soins de santé et les soins ou traitements impliquant un contact avec la personne résidente. Ce concept est utilisé pour localiser les produits d'hygiène des mains qui sont facilement accessibles au personnel en étant le plus près possible, c'est-à-dire à portée de main, de l'endroit où les personnes résidentes sont en contact avec eux. Les produits de point de service doivent être accessibles au fournisseur de soins sans qu'il quitte l'aire de soins, afin qu'ils puissent être utilisés au moment voulu. (Pratiques exemplaires d'hygiène des mains, 4^e édition, avril 2014). Site Web de Santé publique Ontario à l'adresse suivante : publichealthontario.ca.

La directrice des soins a indiqué que les membres du personnel n'avaient pas de désinfectant pour les mains à base d'alcool sur eux.

Dans l'aile nord, quatre stations de désinfectant pour les mains à base d'alcool murales ont été observées sur le mur extérieur, ainsi que trois stations de désinfectant pour les mains à base d'alcool portables, dont deux étaient situés près du distributeur mural, du même côté du couloir où se trouvent les entrées des 12 chambres des personnes résidentes. L'aile sud compte 16 entrées de chambres; quatre stations de désinfectant pour les mains à base d'alcool murales se trouvaient sur le mur extérieur et les quatre stations de désinfectant pour les mains à base d'alcool portables se trouvaient au même endroit. Santé publique Ontario indique que les distributeurs de désinfectant pour les mains à base d'alcool devraient être installés sur le mur extérieur immédiatement adjacent à l'entrée de chaque chambre de patient ou de personne résidente. L'inspectrice n'a pas observé de distributeurs de désinfectant pour les mains à base d'alcool fixés au mur extérieur immédiatement adjacent à l'entrée de chaque chambre de personne résidente.

Le fait que le titulaire de permis n'ait pas installé de stations de désinfectant pour les mains à base d'alcool au point de service, à la portée du personnel et d'autres personnes, entraîne un risque de préjudice, en particulier de transmission d'infections pour les personnes résidentes, en raison des moments manqués d'hygiène des mains, par le personnel, avant, pendant et après les soins aux personnes résidentes.

Sources : observations de l'emplacement des stations de désinfectant pour les mains à base d'alcool dans les chambres des personnes résidentes, en particulier celles faisant l'objet de précautions supplémentaires; entretien avec le ou la responsable de la PCI. [741831]

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le : 12 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 169 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 licence 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 :

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 (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

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

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

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.