

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 Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Rapport public initial

Date d'émission du rapport : 14 mai 2024

Numéro d'inspection : 2024-1334-0002

Type d'inspection :

Inspection proactive de la conformité

Titulaire de permis : Axiom Extendicare LTC II LP, par ses commandités
Extendicare LTC Managing II GP Inc. et Axiom Extendicare LTC II GP Inc.

Foyer de soins de longue durée et ville : Ridgeview, Stoney Creek

Inspectrice principale
Barbara Grohmann (720920)

Signature numérique de l'inspectrice
Barbara Grohmann
2024.05.27 09:58:47 -04'00'

Autre inspectrice
Betty Jean Hendricken (740884)

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : les 2 et 3 mai et du 6 au 10 mai 2024

L'inspection suivante a eu lieu dans le cadre de cette inspection :

- Inspection : n° 00114934 – Inspection proactive de la conformité

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

Prévention et gestion des chutes
Alimentation, nutrition et hydratation
Prévention et contrôle des infections
Gestion des médicaments

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 Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Gestion de la douleur
Prévention des mauvais traitements et de la négligence
Amélioration de la qualité
Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
Conseils des résidents et des familles
Droits et choix des résidents
Foyer sûr et sécuritaire
Prévention et gestion relatives aux soins de la peau et des plaies

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

Problème de conformité corrigé

Un **problème de conformité** a été constaté lors de cette inspection et a été **corrigé** par le titulaire de permis avant la fin de l'inspection. L'inspectrice a estimé que la non-conformité répondait à l'intention du paragraphe 154 (2) et ne nécessitait pas d'action supplémentaire.

Problème de conformité n° 001 corrigé en vertu du paragraphe 154 (2) de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée (LRSLD)*

Non-respect : de l'article 5 de la LRSLD (2021)

Foyer, milieu sûr et sécuritaire

Article 5. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer soit un milieu sûr et sécuritaire pour ses résidents.

Problème de conformité corrigé

Un problème de conformité a été constaté lors de cette inspection et a été corrigé par le titulaire de permis avant la fin de l'inspection. L'inspectrice a estimé que la non-conformité répondait à l'intention du paragraphe 154 (2) et ne nécessitait pas d'action supplémentaire.

Dans une zone du foyer des résidents, près des chambres des résidents, plusieurs outils dans une pochette à outils et un sac à dos ouvert, y compris des vis, des tournevis et des pinces, ont été observés sur un chariot et laissés sans surveillance.

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 Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Le gestionnaire des services environnementaux a déclaré que des électriciens travaillaient dans l'ensemble du foyer et qu'ils avaient reçu des instructions détaillées concernant le fait de ne pas laisser d'outils et d'autres équipements sans surveillance dans les zones du foyer des résidents.

Le gestionnaire des services environnementaux s'est entretenu avec les électriciens et leur a rappelé de ne pas laisser leurs outils sans surveillance. Une observation de suivi a permis de déterminer que le chariot contenant les outils n'était plus dans le couloir et sans surveillance.

Sources : observations et entretien avec le gestionnaire des services environnementaux. [720920]

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : 6 mai 2024

Problème de conformité n° 002 corrigé en vertu du paragraphe 154 (2) de la *LRSLD*

Non-respect : Article 19 du Règl. de l'Ont. 246/22

Fenêtres

Article 19. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque fenêtre du foyer qui ouvre sur l'extérieur et à laquelle ont accès les résidents soit dotée d'une moustiquaire et à ce qu'elle ne puisse pas être ouverte de plus de 15 centimètres.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que toutes les fenêtres du foyer qui s'ouvraient sur l'extérieur et qui étaient accessibles aux résidents ne puissent pas être ouvertes de plus de 15 centimètres (cm).

Lors d'une première visite du foyer, une fenêtre avec une ouverture de 20 cm a été constatée. Le gestionnaire des services environnementaux a confirmé que le limiteur de fenêtre était en place, mais que la fenêtre s'ouvrait de 20 cm.

Le gestionnaire des services environnementaux a immédiatement réparé le limiteur de la fenêtre. L'ouverture de la fenêtre a été vérifiée une nouvelle fois et la mesure était conforme à la réglementation.

Sources : observations, entretiens avec le personnel. [740884]

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 Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : 2 mai 2024

Problème de conformité n° 003 corrigé en vertu du paragraphe 154 (2) de la *LRSLD*

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

Programme de prévention et de contrôle des infections

Paragraphe 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).

Le point e) de la section 9.1 de la Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée précise que le titulaire de permis doit s'assurer que des précautions supplémentaires sont prises dans le cadre du programme de PCI et qu'au minimum, les précautions supplémentaires doivent inclure un affichage au point de service indiquant que des mesures de contrôle de PCI renforcées sont en place.

Le directeur général (DG) a expliqué que, bien qu'une zone du foyer de résidents soit dans une éclosion de maladie, tous les résidents ont été sortis de l'isolement. Les observations ont montré que les portes de trois chambres de résidents portaient la mention gouttelettes/contact +N95 et précautions supplémentaires. Une personne préposée aux services de soutien personnel a indiqué que les résidents n'étaient plus isolés et que les affiches n'avaient pas encore été enlevées. Une infirmière autorisée a vérifié qu'aucune personne résidente de la zone du foyer n'était en isolement, mais elle a expliqué que l'affichage des précautions supplémentaires pour une personne résidente aurait dû être changé, plutôt qu'enlevé, pendant qu'on attendait la confirmation des résultats des tests.

Les observations de suivi ont montré que l'affiche de précaution supplémentaire pour une personne résidente a été changée et que les affiches pour les deux autres personnes résidentes ont été enlevées.

L'ancien responsable du programme de PCI/directeur adjoint des soins a reconnu que lorsque les résidents n'ont plus besoin de précautions supplémentaires ou que le niveau de précautions supplémentaires a changé, l'affichage doit être retiré ou modifié immédiatement.

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 Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Sources : observations; Norme PCI pour les foyers de soins de longue durée (révisée en septembre 2023); entretiens avec l'ancien responsable du programme de PCI/directeur adjoint des soins et d'autres membres du personnel. [720920]

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : 3 mai 2024

Problème de conformité n° 004 corrigé en vertu du paragraphe 154 (2) de la *LRSLD*.

Non-respect : sous-disposition 6 ii du paragraphe 168 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Rapport sur l'amélioration constante de la qualité

Paragraphe 168 (2) Le rapport exigé au paragraphe (1) doit comprendre les renseignements suivants :

6. Un relevé écrit de ce qui suit :

ii. les autres mesures prises pour améliorer l'hébergement, les soins, les services, les programmes et les biens fournis aux résidents dans les domaines prioritaires du foyer en matière d'amélioration de la qualité pendant l'exercice, les dates auxquelles ces mesures ont été mises en œuvre et le résultat de ces mesures,

Le foyer devait créer et publier un rapport sur l'amélioration de la qualité. Le rapport devait indiquer les mesures prises pour améliorer l'hébergement, les soins, les services, les programmes et les biens fournis aux résidents dans les domaines prioritaires du foyer pour l'amélioration de la qualité, ainsi que les dates de mise en œuvre de ces mesures.

Un examen du rapport sur l'amélioration de la qualité du foyer, publié sur son site Internet, n'indiquait pas de dates pour la mise en œuvre de mesures en rapport avec les domaines prioritaires définis. Le DG a reconnu que les dates ne figuraient pas dans le rapport publié. Le rapport a été mis à jour avec les renseignements manquants.

Sources : Rapport sur l'amélioration de la qualité (2 avril 2024); entretien avec le DG. [720920]

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : 10 mai 2024

Problème de conformité n° 005 corrigé en vertu du paragraphe 154 (2) de la *LRSLD*.

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 Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Non-respect : sous-disposition 6 iv du paragraphe 168 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Rapport sur l'amélioration constante de la qualité

Paragraphe 168 (2) Le rapport exigé au paragraphe (1) doit comprendre les renseignements suivants :

6. Un relevé écrit de ce qui suit :

iv. le rôle du comité d'amélioration constante de la qualité en ce qui concerne les mesures prises en vertu des sous-dispositions i et ii,

Le comité d'amélioration continue de la qualité du foyer devait être impliqué dans les mesures prises pour améliorer le foyer sur la base des résultats des sondages sur l'expérience des résidents et de leur famille / fournisseur de soins, et des domaines prioritaires définis. Le rôle joué par le comité d'assurance de la qualité devait être inclus dans le rapport sur l'amélioration de la qualité du foyer.

Un examen du rapport sur l'amélioration de la qualité du foyer, publié sur son site Internet, ne mentionnait pas le rôle du comité d'amélioration continue de la qualité. Le DG a reconnu que le rapport publié ne contenait pas ces renseignements. Le rapport a été mis à jour avec les renseignements manquants.

Sources : Rapport sur l'amélioration de la qualité (2 avril 2024); entretien avec le DG. [720920]

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : 10 mai 2024

Problème de conformité n° 006 corrigé en vertu du paragraphe 154 (2) de la *LRSLD*.

Non-respect : Article 272 du Règl. de l'Ont. 246/22

Médecin-hygiéniste en chef et médecin-hygiéniste

Article 272. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à assurer le respect de tous les ordres, ou conseils et toutes les directives, orientations ou recommandations applicables que formule le médecin-hygiéniste en chef ou le médecin-hygiéniste nommé en vertu de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*.

Les Recommandations pour la prévention et le contrôle des éclosions dans les établissements et les lieux d'hébergement collectif, formulées par le médecin

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 Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

hygiéniste en chef précisent que les désinfectants pour les mains à base d'alcool (DMBA) ne doivent pas être périmés.

Une bouteille de DMBA périmée a été observée dans la dépense d'une zone du foyer de résidents. La date de péremption a été montrée à une aide diététique qui a alors retiré la bouteille et a dit qu'elle en obtiendrait une nouvelle auprès du personnel de l'entretien ménager. Lors d'une observation de suivi, aucune bouteille périmée de DMBA n'a été trouvée dans la salle à manger ou dans la dépense de cette zone du foyer de résidents.

L'ancien responsable du programme de PCI/directeur adjoint des soins a reconnu que le DMBA périmé pouvait ne pas avoir la teneur en alcool requise de 70 à 90 %, car les dates de péremption du DMBA garantissent l'efficacité du produit.

Sources : observations; *Recommandations pour la prévention et le contrôle des éclosions dans les établissements et les lieux d'hébergement collectif* (ministère de la Santé, avril 2024); entretien avec l'ancien responsable du programme de PCI/directeur adjoint des soins et autres membres du personnel. [720920]

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : 3 mai 2024

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité n° 007 Avis écrit aux termes de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

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

Programme de soins

Paragraphe 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 du permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins d'une personne résidente soient fournis à cette dernière comme le précise le programme en ce qui concerne la consistance des liquides.

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 Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Justification et résumé

La consistance des liquides d'une personne résidente a été modifiée. Son dossier clinique et le rapport sur le service des repas ont tous été mis à jour pour indiquer que la personne résidente devait recevoir des liquides épaissis.

Pendant le service des repas, la personne résidente a reçu un sorbet à l'orange. Le responsable diététique a expliqué que toute personne résidente ayant besoin de liquides épaissis recevait du pouding ou de la mousse pour le dessert au lieu de la crème glacée ou du sorbet. Les lignes directrices du foyer concernant les liquides épaissis précisent que les aliments tels que la crème glacée, le sorbet, le yogourt glacé, etc. deviennent liquides dans la bouche et ne sont pas recommandés pour les résidents qui ont besoin de liquides épaissis. Le document précise également que ces aliments ne doivent être fournis qu'après évaluation et approbation par le diététiste agréé.

Un examen des références alimentaires a montré que la seule référence envoyée pendant cette période était celle indiquant le changement de consistance du liquide. Le diététiste agréé a vérifié qu'il n'avait pas évalué la personne résidente pour déterminer sa capacité à consommer des desserts glacés en toute sécurité. Il a indiqué que la personne résidente devait recevoir des liquides épaissis et qu'elle ne devait pas avoir de sorbet à l'orange.

Le fait de ne pas fournir des aliments/liquides adaptés à la personne résidente aurait pu en entraîner une aspiration, ce qui aurait pu provoquer une pneumonie.

Sources : observations; dossiers cliniques de la personne résidente, document sur les régimes thérapeutiques et la modification des fluides et des textures (CARE7-010.06, 31 mars 2024), lignes directrices pour les liquides épaissis (octobre 2020); entretiens avec le responsable diététique et le diététiste agréé. [720920]