

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 Nord

159, rue Cedar, bureau 403
Sudbury ON P3E 6A5
Téléphone : 800 663-6965

Rapport public initial

Date d'émission du rapport : 7 août 2024

Numéro d'inspection : 2024-1589-0002

Type d'inspection :
Incident critique

Titulaire de permis : Corporation of the County of Simcoe

Foyer de soins de longue durée et ville : Trillium Manor Home for the Aged,
Orillia

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 15 au 19 et du 22 au 24 juillet 2024.

L'inspection concernait :

- Huit demandes liées à des allégations de mauvais traitements entre résidents.
- Une demande liée à une chute d'une personne résidente entraînant une blessure

L'inspection a permis de fermer la demande suivante :

- Une demande liée à une chute d'une personne résidente entraînant une blessure

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

Prévention et contrôle des infections
Comportements réactifs
Prévention des mauvais traitements et de la négligence
Prévention et gestion des chutes

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 Nord

159, rue Cedar, bureau 403
Sudbury ON P3E 6A5
Téléphone : 800 663-6965

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 ou l'inspecteur 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 *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

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

Plus précisément, le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'il y ait des affiches au point de service pour deux personnes résidentes indiquant que des mesures de contrôle améliorées en matière de PCI sont en place, conformément à l'exigence supplémentaire 9.1 (e) de la *Norme de PCI*.

Justification et résumé

Au cours de l'inspection, il a été noté que la porte d'une personne résidente présentait une affiche indiquant au personnel de prendre des précautions supplémentaires en matière de PCI, et que l'équipement de protection individuelle (EPI) supplémentaire était présent. Il a également été noté que la porte d'une autre personne résidente présentait une affiche indiquant au personnel de prendre des précautions supplémentaires en matière de PCI, mais aucun EPI supplémentaire n'était disponible.

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 du Nord**159, rue Cedar, bureau 403
Sudbury ON P3E 6A5
Téléphone : 800 663-6965

La responsable de la PCI a confirmé qu'une personne résidente n'avait plus besoin des précautions supplémentaires affichées sur la porte, mais qu'elle avait toujours besoin d'autres précautions supplémentaires, et que la deuxième personne résidente n'avait plus besoin de précautions supplémentaires, mais que l'affiche était restée en place.

L'inspectrice ou l'inspecteur a ensuite constaté que la chambre de la première personne résidente présentait l'affiche de précaution appropriée avec l'EPI disponible, et que la chambre de la deuxième personne résidente ne présentait pas d'affiche de précaution supplémentaire ni d'EPI disponible, ce que la responsable de la PCI a confirmé comme étant l'état exact des mesures de contrôle en matière de PCI en place pour chaque personne résidente.

Le fait que le titulaire de permis n'ait pas veillé à ce que l'affichage au point de service indique les mesures de contrôle améliorées en matière de PCI en place ou retirées pour les personnes résidentes a eu une faible incidence.

Sources : Observations de l'inspectrice ou de l'inspecteur; *Norme de PCI pour les foyers de soins de longue durée* (avril 2022), notes d'évolution de la personne résidente et entretien avec la responsable de la PCI.

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : 18 juillet 2024

AVIS ÉCRIT : Intégration des évaluations aux soins

Problème de conformité n° 002 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRS LD* (2021).

Non-respect : de l'alinéa 6 (4) b) de la *LRS LD* (2021)

Programme de soins

Paragraphe 6 (4) Le titulaire de permis veille à ce que le personnel et les autres personnes qui participent aux différents aspects des soins du résident collaborent ensemble à ce qui suit :

b) l'élaboration et la mise en œuvre du programme de soins de sorte que les différents aspects des soins s'intègrent les uns aux autres, soient compatibles les uns avec les autres et se complètent.

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 Nord

159, rue Cedar, bureau 403
Sudbury ON P3E 6A5
Téléphone : 800 663-6965

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel et les autres personnes qui participent aux différents aspects des soins du résident collaborent à l'élaboration et la mise en œuvre du programme de soins de sorte que les différents aspects des soins s'intègrent les uns aux autres, soient compatibles les uns avec les autres et se complètent.

Justification et résumé

L'examen du dossier d'une personne résidente a montré qu'une documentation spécifique devait être remplie deux fois par jour, mais qu'il y avait des lacunes importantes dans la documentation pendant certains quarts de travail.

Une infirmière autorisée a indiqué que la documentation devait être remplie intégralement, aux intervalles spécifiés. La directrice des soins a reconnu que la mise en œuvre de la documentation pour la personne résidente n'était pas cohérente, étant donné qu'elle devait être remplie intégralement par le personnel chaque jour, et qu'elle devait être examinée et signée par le personnel infirmier à la fin de chaque quart, trois fois par jour.

Le fait que le titulaire de permis n'ait pas veillé à ce que le personnel et les autres personnes participant aux soins de la personne résidente collaborent à la mise en œuvre du programme de soins, de sorte que les aspects des soins s'intègrent les uns aux autres, soient compatibles les uns avec les autres et se complètent, a présenté un risque faible.

Sources : Registre des médicaments et autres documents concernant la personne résidente; politique du foyer; entretiens avec l'infirmière auxiliaire autorisée, la directrice des soins et d'autres membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité n° 003 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

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

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 Nord

159, rue Cedar, bureau 403
Sudbury ON P3E 6A5
Téléphone : 800 663-6965

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 de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus pour une personne résidente dans son programme de soins soient fournis.

Justification et résumé

Le programme de soins d'une personne résidente prévoyait une intervention spécifique, mais il a été constaté que cette intervention n'était pas mise en œuvre comme elle aurait dû l'être. Le foyer a fourni un résumé indiquant qu'au cours d'une période de cinq semaines, il est arrivé à plusieurs reprises que la personne résidente ne bénéficie pas de l'intervention.

La directrice des soins a indiqué que les soins prévus dans le programme de soins d'une personne résidente auraient dû être mis en œuvre de manière cohérente, ce qui n'a pas été le cas.

Il y avait un risque de préjudice pour les personnes résidentes.

Sources : Programme de soins et notes d'évolution d'une personne résidente; horaires fournis par le foyer; entretien avec la directrice des soins.

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité n° 004 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de l'alinéa 6 (10) c) de la *LRSLD* (2021)

Programme de soins

Paragraphe 6 (10) Le titulaire de permis veille à ce que le résident fasse l'objet d'une réévaluation et à ce que son programme de soins soit réexaminé et révisé tous les six mois au moins et à tout autre moment lorsque, selon le cas :

c) les soins prévus dans le programme se sont révélés inefficaces.

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 Nord

159, rue Cedar, bureau 403
Sudbury ON P3E 6A5
Téléphone : 800 663-6965

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins d'une personne résidente soit revu et révisé lorsqu'il n'était plus efficace.

Justification et résumé

Le programme de soins d'une personne résidente n'a pas été examiné et révisé malgré le fait qu'une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) ait indiqué que le personnel avait mis en œuvre des interventions pour aider à gérer les besoins de la personne résidente en matière de soins.

La directrice des soins a examiné le programme de soins de la personne résidente et a constaté qu'il n'avait été ni revu ni révisé.

L'absence d'interventions dans le programme de soins de la personne résidente a entraîné un risque pour cette dernière.

Sources : Notes d'évolution et programme de soins de la personne résidente; compte-rendu de la réunion sur les risques élevés; entretiens avec la PSSP, la directrice des soins d'autres membres du personnel concernés.

AVIS ÉCRIT : Obligation de faire rapport au directeur

Problème de conformité n° 005 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRS LD* (2021).

Non-respect : de la disposition 2 du paragraphe 28 (1) de la *LRS LD* (2021)

Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

Paragraphe 28 (1) Quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner que l'un ou l'autre des cas suivants s'est produit ou peut se produire fait immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et communique les renseignements sur lesquels ils sont fondés :

2. Les mauvais traitements infligés à un résident par qui que ce soit ou la négligence envers un résident de la part du titulaire de permis ou du personnel, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident.

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 Nord

159, rue Cedar, bureau 403
Sudbury ON P3E 6A5
Téléphone : 800 663-6965

1) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les mauvais traitements infligés devant témoin à une personne résidente par une autre personne résidente soient immédiatement signalés au directeur.

Justification et résumé

Le personnel a été témoin de mauvais traitements infligés à une personne résidente par une autre personne résidente, mais l'incident n'a été signalé que six heures plus tard.

L'administratrice a indiqué que les mauvais traitements auraient dû être signalés immédiatement et que six heures après l'incident, il ne s'agissait pas d'un signalement immédiat.

Sources : Notes d'évolution de la personne résidente; incident critique (IC); politique du titulaire de permis; entretien avec l'administratrice et d'autres membres du personnel concernés.

2) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les allégations de mauvais traitements ou les mauvais traitements infligés à une personne résidente par quiconque, qui ont entraîné un préjudice ou un risque de préjudice pour la personne résidente, soient immédiatement signalés au directeur.

Justification et résumé

Un rapport d'incident critique a été soumis au directeur concernant une allégation de mauvais traitements entre personnes résidentes qui s'était produite le jour précédant le rapport. La directrice des soins a confirmé et rappelé que le rapport avait été soumis tardivement au directeur.

Sources : Rapport d'incident critique; entretien avec la directrice des soins.

3) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les allégations de mauvais traitements entre personnes résidentes soient signalées au directeur.

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 Nord

159, rue Cedar, bureau 403
Sudbury ON P3E 6A5
Téléphone : 800 663-6965

Justification et résumé

Les notes d'évolution d'une personne résidente font état d'allégations selon lesquelles la personne résidente aurait été impliquée dans des situations potentielles de mauvais traitements, mais rien n'indique que ces allégations ont été signalées au directeur.

La directrice des soins a confirmé que les allégations auraient dû être signalées immédiatement au directeur, ce qui n'a pas été le cas.

Sources : Notes d'évolution de la personne résidente; le portail LTC.net, la politique du titulaire de permis; l'entretien avec la directrice des soins et d'autres membres du personnel concernés.

AVIS ÉCRIT : Comportements réactifs

Problème de conformité n° 006 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de l'alinéa 58 (4) c) du Règl. de l'Ont. 246/22

Comportements réactifs

Paragraphe 58 (4) Le titulaire de permis veille à ce qui suit pour chaque résident qui affiche des comportements réactifs :

c) des mesures sont prises pour répondre aux besoins du résident, notamment des évaluations, des réévaluations et des interventions, et les réactions du résident aux interventions sont documentées.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que deux personnes résidentes soient évaluées et à ce que les réponses des personnes résidentes aux interventions soient documentées.

Justification et résumé

La documentation relative à deux personnes résidentes n'était pas cohérente, avec des périodes non remplies pouvant aller jusqu'à 24 heures. Il n'y a pas eu d'examen ou d'analyse de la documentation.

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 Nord

159, rue Cedar, bureau 403
Sudbury ON P3E 6A5
Téléphone : 800 663-6965

La directrice des soins a indiqué que la documentation devait être entièrement complétée, puis examinée et analysée. La directrice des soins a reconnu qu'il y avait des lacunes importantes dans la documentation des personnes résidentes et qu'il n'y avait pas eu d'examen ou d'analyse après que la documentation ait été complétée.

Il y a eu une incidence potentielle sur les personnes résidentes, car le titulaire de permis n'a pas été en mesure d'analyser les interventions mises en œuvre pour les personnes résidentes afin de déterminer si elles étaient efficaces ou non.

Sources : Notes d'évolution des personnes résidentes; la documentation des personnes résidentes, entretien avec la directrice des soins et d'autres membres du personnel concernés.

AVIS ÉCRIT : Comportements réactifs

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

Non-respect : de l'alinéa 59 b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Altercations entre les résidents et autres interactions

Article 59 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que des mesures soient prises afin de réduire au minimum les risques d'altercations et d'interactions susceptibles de causer un préjudice entre et parmi les résidents, notamment :

b) en identifiant des mesures d'intervention et en les mettant en œuvre.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des mesures soient prises pour réduire au minimum le risque d'altercations et d'interactions susceptibles de causer un préjudice entre et parmi les personnes résidentes, notamment en identifiant et mettant en œuvre des interventions.

Justification et résumé

Deux personnes résidentes étaient connues pour avoir des comportements réactifs l'une envers l'autre, mais cela n'était pas indiqué dans leur programme de soins.

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 Nord

159, rue Cedar, bureau 403
Sudbury ON P3E 6A5
Téléphone : 800 663-6965

De plus, il a été noté que malgré les interventions mises en place pour les deux personnes résidentes, l'intervention n'était pas toujours efficace ou présente, ce qui fait que les deux personnes résidentes ont présenté des comportements réactifs l'une envers l'autre et envers les autres personnes résidentes.

La directrice des soins a indiqué que l'intervention aurait dû avoir lieu avant que les personnes résidentes ne manifestent des comportements réactifs l'une envers l'autre et envers les autres personnes résidentes, afin d'éviter des interactions susceptibles de causer un préjudice entre les personnes résidentes. La directrice des soins a également indiqué que les programmes de soins des deux personnes résidentes auraient dû indiquer au personnel que celles-ci étaient connues pour avoir des comportements fréquents l'une envers l'autre, afin que le personnel puisse prendre des mesures pour minimiser le risque de voir ces comportements se produire.

Il y a eu une incidence sur les personnes résidentes concernées, car les deux personnes résidentes ont manifesté des comportements réactifs à l'égard des autres personnes résidentes.

Sources : Notes d'évolution et programme de soins des personnes résidentes; rapports d'incidents critiques, politique du titulaire de permis; entretiens avec la directrice des soins et d'autres membres du personnel concernés.

AVIS ÉCRIT : Hygiène des mains

Problème de conformité n° 008 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (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

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).

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 Nord

159, rue Cedar, bureau 403
Sudbury ON P3E 6A5
Téléphone : 800 663-6965

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la norme de PCI en matière d'hygiène des mains soit mise en œuvre dans le foyer.

Justification et résumé

L'inspectrice ou l'inspecteur a constaté qu'une PSSP n'avait pas respecté les consignes d'hygiène des mains lorsqu'elle interagissait avec les personnes résidentes. La PSSP a confirmé qu'elle n'avait pas respecté l'hygiène des mains à certains moments.

Sources : Observations de l'inspectrice ou de l'inspecteur; politique en matière d'hygiène des mains; entretien avec la PSSP et la responsable de la PCI.

AVIS ÉCRIT : Rapports exigés

Problème de conformité n° 009 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de la disposition 4 du paragraphe 115 (3) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Rapports : incidents graves

Paragraphe 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) :

4. Sous réserve du paragraphe (4), un incident cause à un résident une lésion nécessitant son transport à l'hôpital et provoque un changement important dans son état de santé.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le directeur soit informé dans un délai d'un jour ouvrable de la chute d'une personne résidente qui a entraîné une blessure et un transfert à l'hôpital avec un changement important de l'état de la personne résidente.

Justification et résumé

Une personne résidente a fait une chute qui a entraîné une blessure et un transfert à l'hôpital, mais la directrice des soins a reconnu que l'IC n'avait pas été signalé dans le délai d'un jour ouvrable.

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 Nord

159, rue Cedar, bureau 403
Sudbury ON P3E 6A5
Téléphone : 800 663-6965

Sources : Notes d'évolution de la personne résidente; IC; politique du titulaire de permis; entretien avec la directrice des soins et d'autres membres du personnel concernés.