

## Rapport public initial

<b>Date d'émission du rapport :</b> 20 juin 2024	
<b>Numéro d'inspection :</b> 2024-1299-0003	
<b>Type d'inspection :</b> Incident critique	
<b>Titulaire de permis :</b> St. Demetrius (Ukrainian Catholic) Development Corporation	
<b>Foyer de soins de longue durée et ville :</b> Ukrainian Canadian Care Centre, Etobicoke	
<b>Inspectrice principale/Inspecteur principal</b> Noreen Frederick (704758)	<b>Signature numérique de l'inspectrice</b>
<b>Autres inspectrices ou inspecteurs</b>	

## RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : les 24, 27, 29, 30 et 31 mai 2024 ainsi que les 3 et 4 juin 2024

L'inspection concernait :

- Le dossier : n° 00111754 – [Incident critique (IC) n° 2809-000004-24] – fracture d'étiologie inconnue
- Le dossier : n° 00113312 – [IC n° 2809-000005-24] – Épidémie de grippe aviaire

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  
Comportements réactifs  
Gestion de la douleur

## 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 conclusion de l'inspection. L'inspectrice a estimé que le non-respect répondait à l'intention du paragraphe 154 (2) et ne nécessitait aucune autre mesure.

Non-respect n° 001 rectifié conformément aux termes 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. Paragraphe 102 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

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

Plus précisément, l'article 10.1 de la Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée stipule que « le titulaire de permis s'assure que le programme d'hygiène des mains comprend l'accès à des agents d'hygiène des mains, notamment à du désinfectant pour les mains à base d'alcool (DMBA) à 70-90 %. Ces agents doivent être facilement accessibles aux points d'intervention et dans les autres aires communes et aires réservées aux résidents, et tout membre du personnel fournissant des soins directs aux résidents doit avoir un accès immédiat à du DMBA à 70-90 %. »

### **Justification et résumé**

Le 24 mai 2024, l'inspectrice a trouvé un désinfectant pour les mains périmé en utilisation. Le ou la responsable de la prévention et du contrôle des infections (PCI) a reconnu que le produit périmé aurait dû être remplacé.

Le ou la responsable de la PCI a remplacé le désinfectant pour les mains périmé le

27 mai 2024, lorsque la situation a été portée à son attention.

L'utilisation par le foyer de désinfectants pour les mains périmés présentait un risque de transmission d'infections, car ces désinfectants seraient peut-être moins efficaces contre les agents pathogènes.

**Sources** : observations de l'inspectrice, entretiens avec le ou la responsable de la PCI et Norme de PCI pour les foyers de soins de longue durée, avril 2022 (révisée en septembre 2023).

[704758]

Date de la rectification apportée : 27 mai 2024

## **AVIS ÉCRIT : Programme de soins**

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

### **Non-respect de : l'alinéa 6 (1) c) de la LRSLD (2021)**

Programme de soins

Paragraphe 6 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soit adopté, pour chaque résident, un programme de soins écrit qui établit ce qui suit :

c) des directives claires à l'égard du personnel et des autres personnes qui fournissent des soins directs au résident;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins écrit pour une personne résidente établisse des directives claires à l'égard du personnel en ce qui a trait aux personnes de compagnie privées.

### **Justification et résumé**

Une personne résidente avait une personne de compagnie privée et son programme de soins indiquait que cette dernière avait comme rôle de lui tenir compagnie lors de visites. La personne résidente a besoin d'une assistance totale de deux personnes pour les activités de la vie quotidienne (AVQ). Le directeur

général ou la directrice générale (DG) a déclaré que les personnes de compagnie privées n'étaient pas considérées comme des membres du personnel et ne devaient pas fournir de soins personnels. Une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) n° 109 et les infirmiers autorisés ou infirmières autorisées (IA) n° 104 et n° 108 ont déclaré que la personne de compagnie privée aidait la PSSP principale à fournir des soins à la personne résidente et agissait comme un second membre du personnel. En outre, ils ont déclaré que le programme de soins de la personne résidente ne fournissait pas de directives claires concernant le rôle de la personne de compagnie privée. Le ou la DG a reconnu que des directives claires concernant la personne de compagnie privée auraient dû être incluses dans le programme de soins.

L'absence de directives claires concernant le rôle de la personne de compagnie privée augmente le risque que la personne résidente soit mal soignée.

**Sources** : programme de soins de la personne résidente et entretiens avec les IA n° 104 et n° 108, la PSSP et le ou la DG.

[704758]

## **AVIS ÉCRIT : Intégration des évaluations aux soins**

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

### **Non-respect de : l'aliéna 6 (4) (a) de la LRSLD (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 :

a) l'évaluation du résident de sorte que leurs évaluations s'intègrent les unes aux autres, soient compatibles les unes avec les autres et se complètent;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une PSSP collabore avec le personnel autorisé à l'évaluation d'une personne résidente qui présentait des signes d'agitation et des comportements réactifs pendant l'exécution des soins personnels.

**Justification et résumé**

Une personne résidente avait présenté dans le passé des signes d'agitation et des comportements réactifs pendant l'exécution des soins personnels. Le registre électronique d'administration des médicaments (eMAR) indiquait une mesure d'intervention pharmacologique à prendre pour calmer l'agitation. La PSSP a déclaré que la personne résidente était agitée et présentait des comportements réactifs pendant l'exécution des soins directs; elle n'en a pas toutefois informé le personnel autorisé avant les soins. Les IA n° 104 et n° 108 ont déclaré que la PSSP n'avait pas signalé les signes d'agitation et les comportements réactifs de la personne résidente et qu'ils n'avaient donc pas exécuté la mesure d'intervention pharmacologique.

Le dirigeant principal ou la dirigeante principale de l'équipe des soins cliniques a reconnu que la PSSP et le personnel autorisé devaient collaborer pour assurer la mise en œuvre de la mesure d'intervention pharmacologique au besoin pour gérer l'agitation de la personne résidente.

L'absence de collaboration entre les membres du personnel a fait courir à la personne résidente le risque de ne pas recevoir de traitement efficace pour gérer son agitation.

**Sources** : dossiers cliniques de la personne résidente et entretiens avec la PSSP, les IA n° 104 et n° 108 et le dirigeant principal ou la dirigeante principale de l'équipe des soins cliniques.

[704758]

**AVIS ÉCRIT : Exigences générales**

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

**Non-respect du : paragraphe 34 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Exigences générales

Paragraphe 34 (2) Le titulaire de permis veille à ce que les mesures prises à l'égard

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

**District de Toronto**

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

5700, rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage  
Waterloo (Ontario) M2M 4K5

Téléphone : 866 311-8002

d'un résident dans le cadre d'un programme, notamment les évaluations, les réévaluations, les interventions et les réactions du résident aux interventions, soient documentées.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les mesures prises à l'égard d'une personne résidente dans le cadre d'un programme, notamment les évaluations, les réévaluations, les mesures d'intervention et les réactions de la personne résidente aux mesures d'intervention, soient documentées.

**Justification et résumé**

Les dossiers cliniques d'une personne résidente révèlent qu'un ou une IA a administré un analgésique à cette personne. L'IA a déclaré avoir évalué la douleur et la rougeur de la personne résidente, mais ne pas avoir documenté l'évaluation et les mesures prises.

Le dirigeant principal ou la dirigeante principale de l'équipe des soins cliniques a reconnu que l'IA devait documenter l'évaluation de la personne résidente, ainsi que les mesures d'intervention mises en œuvre.

La non-documentation des évaluations a entraîné un risque pour la santé et la sécurité de la personne résidente, car il n'y a pas eu d'autres mesures pour surveiller la personne résidente et assurer les mesures d'intervention appropriées si nécessaire.

**Sources** : dossiers cliniques de la personne résidente et entretiens avec l'IA et le dirigeant principal ou la dirigeante principale de l'équipe des soins cliniques.

[704758]

Problème de conformité n° 005 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

**Non-respect de : l'alinéa 57 (1) 2) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Gestion de la douleur

Paragraphe 57 (1) Le programme de gestion de la douleur doit au minimum prévoir ce qui suit :

2. Des stratégies de gestion de la douleur, notamment des interventions non pharmacologiques, ainsi que des fournitures, des appareils et des appareils fonctionnels.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des stratégies de gestion de la douleur, notamment des mesures d'interventions non pharmacologiques, soient mises en œuvre et respectées pour une personne résidente.

**Justification et résumé**

Une blessure importante a été constatée chez une personne résidente, qui a été transférée à l'hôpital. L'examen des notes d'évolution a révélé que la personne résidente souffrait et qu'elle avait été vue en train de pleurer. L'eMAR a révélé qu'aucun analgésique n'avait été administré à la personne résidente. L'IA et l'infirmier auxiliaire autorisé ou l'infirmière auxiliaire autorisée (IAA) ont déclaré qu'ils savaient que la personne résidente souffrait, mais ne lui avaient tout de même pas administré d'analgésiques. Autre déclaration de leur part : aucune mesure d'intervention non pharmacologique n'a été mise en œuvre pour soulager la douleur de la personne résidente.

Le dirigeant principal ou la dirigeante principale de l'équipe des soins cliniques a déclaré que le personnel était censé traiter la douleur de la personne résidente par des mesures d'intervention pharmacologiques et non pharmacologiques.

Le fait de ne pas traiter la douleur de la personne résidente a causé à cette dernière une détresse et un inconfort inutiles.

**Sources** : dossiers cliniques de la personne résidente et entretiens avec l'IA, l'IAA et le dirigeant principal ou la dirigeante principale de l'équipe des soins cliniques.

[704758]

## AVIS ÉCRIT : Comportements réactifs

Problème de conformité n° 006 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

### **Non-respect du : paragraphe 58 (4) 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 : a) les comportements déclencheurs du résident sont identifiés, dans la mesure du possible; b) des stratégies sont élaborées et mises en œuvre pour réagir à ces comportements, dans la mesure du possible; 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 du permis n'a pas veillé à ce que, lorsqu'une personne résidente a affiché des comportements réactifs, les comportements déclencheurs de la personne résidente soient identifiés, que des stratégies soient élaborées et mises en œuvre pour réagir à ces comportements, que des mesures soient prises pour répondre aux besoins de la personne résidente, notamment des évaluations, des réévaluations et des mesures d'intervention, et que les réactions de la personne résidente aux mesures d'intervention soient documentées.

### **Justification et résumé**

Une personne résidente avait affiché des comportements réactifs dans le passé, y compris des actes d'agression physique pendant les soins. Une PSSP et les IA n° 104 et n° 108 ont déclaré que la personne résidente se montrait physiquement agressive pendant les soins sur une base quotidienne. Le dirigeant principal ou la dirigeante principale de l'équipe des soins cliniques ainsi que le ou la responsable du programme ontarien de soutien en cas de troubles du comportement (BSO) ont vérifié que les comportements déclencheurs des comportements réactifs de la personne résidente n'avaient pas été identifiés, que des stratégies écrites n'avaient pas été élaborées pour gérer l'agitation et l'agression physique, et qu'aucune mesure n'avait été prise ou documentée pour répondre aux besoins de la personne

résidente.

Le fait de ne pas veiller à ce que les comportements déclencheurs des comportements réactifs de la personne résidente soient identifiés, que des stratégies écrites soient élaborées et que des mesures soient prises et documentées pour répondre aux besoins de la personne résidente a exposé cette dernière au risque que les comportements réactifs réapparaissent et empirent.

**Sources** : dossiers cliniques de la personne résidente, entretiens avec la PSSP, les IA n° 104 et n° 108, le dirigeant principal ou la dirigeante principale de l'équipe des soins cliniques et le ou la responsable du programme BSO.

[704758]

## **AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections**

Problème de conformité n° 007 Avis écrit aux termes de l'alinéa 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

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. Paragraphe 102 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

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

Plus précisément, le paragraphe 9.1 (b) 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 veille à ce que l'on se conforme aux pratiques de base et aux précautions supplémentaires dans le programme de PCI. Au minimum, les pratiques de base doivent comporter l'hygiène des mains, notamment lors des quatre moments de l'hygiène des mains (avant de toucher à la personne résidente ou à son

environnement, avant une intervention aseptique, après un risque de contact avec du liquide organique et après un contact avec la personne résidente ou son environnement). »

### Justification et résumé

(i) Le 24 mai 2024, l'inspectrice a vu la PSSP n° 106 entrer dans la chambre d'une personne résidente pour placer la couverture, puis sortir de la chambre. La PSSP n'a pas suivi la pratique liée à l'hygiène des mains avant ou après le contact avec la personne résidente ou son environnement et a reconnu le comportement observé par l'inspectrice. Le ou la responsable de la PCI a déclaré que le personnel était tenu de suivre la pratique liée à l'hygiène des mains avant et après tout contact avec une personne résidente ou son environnement.

Le fait que le personnel n'ait pas respecté les bonnes pratiques d'hygiène des mains a entraîné un risque de transmission d'infections.

**Source** : observations de l'inspectrice, entretiens avec la PSSP n° 106 et le ou la responsable de la PCI et Norme de PCI pour les foyers de soins de longue durée, avril 2022 (révisée en septembre 2023).

[704758]

Plus précisément, à la section 7.3, « le titulaire de permis veille à ce que le responsable de la PCI planifie et mette en œuvre toute la formation en matière de PCI et à ce qu'il en suive l'achèvement et s'assure que l'on effectue régulièrement des vérifications (au moins tous les trimestres) pour veiller à ce que tous les membres du personnel soient en mesure de faire preuve des compétences en matière de prévention et de contrôle des infections qui sont requises par leur rôle. »

### Justification et résumé

(ii) Un examen des vérifications de la PCI par le foyer de soins de longue durée a révélé que des vérifications propres aux pratiques de PCI n'étaient pas effectuées régulièrement (au moins tous les trimestres) pour veiller à ce que tous les membres du personnel soient en mesure de faire preuve des compétences en matière de prévention et de contrôle des infections qui sont requises par leur rôle. Le ou la

responsable de la PCI a reconnu que les vérifications de la PCI visant à veiller à ce que tous les membres du personnel soient en mesure de faire preuve des compétences en matière de prévention et de contrôle des infections qui sont requises par leur rôle n'avaient pas été réalisées.

L'absence de vérifications des pratiques de PCI a augmenté le risque que le personnel ne respecte pas les protocoles de contrôle des infections, ce qui aurait pu entraîner la propagation de maladies infectieuses parmi les personnes résidentes et les membres du personnel.

**Sources** : vérifications de la PCI du foyer de soins de longue durée, entretiens avec le ou la responsable de la PCI et Norme de PCI pour les foyers de soins de longue durée, avril 2022 (révisée en septembre 2023).

[704758]