

## Rapport public original

**Date d'émission du rapport : 4 novembre 2024**

**Numéro d'inspection : 2024-1438-0004**

**Type d'inspection :**

Plainte

Incident critique

Suivi

**Titulaire de permis :** Southlake Residential Care Village

**Foyer de soins de longue durée et ville :** Southlake Residential Care Village, Newmarket

**Inspectrice principale / Inspecteur principal**

**Signature numérique de l'inspectrice /  
Signature numérique de l'inspecteur**

**Autres inspectrices ou inspecteurs**

## RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 22 au 25 et 28 au 30 octobre 2024

L'inspection concernait :

- Dossier : n° 00123521 – Suivi – Ordre de conformité n° : 1 - 2024-1438-0003, alinéa 102(2)b) du Règl. de l'Ont. 246/22, prévention et contrôle des infections – Date d'échéance pour parvenir à la conformité : 15 octobre 2024
- Une plainte en lien avec des allégations de négligence
- Un dossier en lien avec l'écllosion d'une maladie
- Des dossiers en lien avec la prévention des chutes

## Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée

### Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

**District du Centre-Est**

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée 33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

- Un dossier en lien avec des plaintes et des représailles, l'administration de médicaments et l'accès aux dossiers cliniques des personnes résidentes
- Le dossier d'une personne plaignante en lien avec le programme soins, la dotation en personnel et la continence.
- Une plainte en lien avec les démarches de signalement, la communication, des allégations de négligence et l'entretien ménager

### 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° 2024-1438-0003 en lien avec l'alinéa 102(2)b) du Règl. de l'Ont. 246/22

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

- Services de soins et de soutien à l'intention des personnes résidentes
- Gestion des médicaments
- Prévention et contrôle des infections
- Prévention des mauvais traitements et de la négligence
- Rapports et plaintes
- Prévention et gestion des chutes

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### AVIS ÉCRIT : Routines au coucher et au moment du repos

Problème de conformité n° 001 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (LRSLD).

#### Non-respect de : l'article 45 du Règl. de l'Ont. 246/22

Routines au coucher et au moment du repos

**Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée**

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

**District du Centre-Est**

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée 33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

Article 45 – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les routines de chaque résident du foyer au coucher et au moment du repos soient appuyées et individualisées afin de promouvoir son confort, son repos et son sommeil.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que les routines de chaque résident du foyer au coucher et au moment du repos soient appuyées et individualisées afin de promouvoir son confort, son repos et son sommeil.

**Justification et résumé**

À une date donnée, par l'intermédiaire de la Ligne ACTION, on a fait part d'une plainte selon laquelle le foyer avait omis d'appuyer les routines d'une personne résidente au moment du repos.

On avait remarqué qu'à plusieurs reprises, à des dates distinctes, le foyer de soins de longue durée n'avait pas appuyé les routines de cette personne lors du repos.

Dans le programme de soins de la personne résidente, il était indiqué qu'il fallait appuyer ces routines.

L'infirmière auxiliaire autorisée ou l'infirmier auxiliaire autorisé (IAA) n° 109 et la personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) n° 111 ont indiqué que la personne résidente effectuait ces routines plusieurs fois au cours de la journée. Les membres du personnel ont confirmé qu'on omettait d'appuyer les routines de cette personne au moment du repos.

Lorsqu'on a omis d'appuyer ses routines lors des périodes de repos tout au long de la journée, conformément à son programme de soins, cela a exposé la personne résidente à un faible risque.

**Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée**

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

**District du Centre-Est**

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée 33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

**Sources** : Dossier de la plainte, programme de soins, observations, entretiens avec l'IAA n° 109 et la PSSP n° 111.

### **AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes**

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

#### **Non-respect du : paragraphe 54(1) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Prévention et gestion des chutes

Paragraphe 54(1) – Le programme de prévention et de gestion des chutes doit au minimum prévoir des stratégies visant à diminuer les chutes ou à en atténuer les effets, notamment par la surveillance des résidents, le réexamen des régimes médicamenteux des résidents, la mise en œuvre de méthodes axées sur les soins de rétablissement et l'utilisation d'équipement, de fournitures, d'appareils et d'accessoires fonctionnels. Règl. de l'Ont. 246/22, paragraphe 54(1).

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que le programme de prévention et de gestion des chutes prévoie, au minimum, des stratégies visant à diminuer les chutes ou à en atténuer les effets, notamment par la surveillance des personnes résidentes, le réexamen des régimes médicamenteux des personnes résidentes, la mise en œuvre de méthodes axées sur les soins de rétablissement et l'utilisation d'équipement, de fournitures, d'appareils et d'accessoires fonctionnels.

#### **Justification et résumé**

À une date donnée, on a présenté à la directrice ou au directeur un rapport d'incident critique dans lequel on indiquait qu'une personne résidente avait fait une chute et qu'elle avait ainsi été emmenée à l'hôpital en raison d'une blessure.

On a vu la personne résidente dans la salle à manger, sans que les dispositifs de

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

**District du Centre-Est**Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée 33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

prévention des chutes requis ne soient en place. Plus tard, on a vu la personne résidente dans son lit et, là encore, les dispositifs de prévention des chutes requis n'étaient en place. En outre, le symbole indiquant que la personne résidente était à risque de faire des chutes ne figurait pas sur la fiche de cette personne ni à l'entrée de sa chambre.

Dans le programme de soins de la personne résidente, il était indiqué pour celle-ci qu'il y avait un risque élevé qu'elle fasse des chutes et qu'il fallait donc employer à son égard de multiples dispositifs spécifiques de prévention des chutes.

L'IAA n° 101 a confirmé qu'il y avait un risque élevé que la personne résidente fasse des chutes et qu'il fallait que les dispositifs requis soient en place pour voir à la sécurité de cette personne.

Puisqu'on a omis de mettre en place les dispositifs de prévention des chutes requis, cela a exposé la personne résidente à un risque.

**Sources :** Rapport d'incident critique, programme de soins, observations, entretiens avec l'IAA n° 101 et d'autres membres du personnel.

**AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies**

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

**Non-respect du : sous-alinéa 55(2)b)(i) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Soins de la peau et des plaies

Paragraphe 55(2) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

b) le résident qui présente des signes d'altération de l'intégrité épidermique, notamment des ruptures de l'épiderme, des lésions de pression, des déchirures de la peau ou des plaies, à la fois :

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

**District du Centre-Est**Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée 33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

(i) se fait évaluer la peau par une personne autorisée visée au paragraphe (2.1), au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour l'évaluation de la peau et des plaies.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'un membre de l'équipe autorisée de soins infirmiers évalue la peau d'une personne résidente qui présentait des signes d'altération de l'intégrité épidermique à l'aide d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour l'évaluation de la peau et des plaies.

**Justification et résumé**

À une date donnée, par l'intermédiaire de la Ligne ACTION, on a fait part d'une plainte concernant l'altération de l'intégrité épidermique de la personne résidente n° 004.

Dans le dossier clinique de la personne résidente n° 004, il était indiqué qu'à une date donnée, on avait diagnostiqué à cette personne une altération de l'intégrité épidermique. À la suite d'un événement en particulier, on a omis de réaliser auprès de la personne l'évaluation clinique requise; on a d'ailleurs omis de le faire pendant une période déterminée.

La personne responsable des soins de la peau et des plaies au foyer a indiqué qu'il fallait réaliser une évaluation hebdomadaire lorsque survenait tout problème d'intégrité épidermique d'une nature spécifique, à l'aide d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique, et a aussi confirmé qu'on avait omis de réaliser les évaluations requises à l'égard de la personne résidente n° 004.

Puisqu'on a omis de réaliser les évaluations requises au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour l'évaluation de la peau et des plaies pendant la période en question, cela a exposé la personne résidente n° 004 à un risque.

## Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée

### Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

**District du Centre-Est**

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée 33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

**Sources :** Dossier de la plainte, examen du dossier du programme de soins, entretiens avec la personne responsable des soins de la peau et des plaies et d'autres membres du personnel.

### AVIS ÉCRIT : Prévention et contrôle des infections

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

#### **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, paragraphe 102(2).

1) Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que le désinfectant pour les mains à base d'alcool (DMBA) fourni soit facilement accessible dans les aires communes et à ce que sa date de péremption ne soit pas dépassée.

À l'article 10.1 de la *Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée*, délivrée par la directrice ou le directeur et datée de septembre 2023, on énonce ce qui suit : 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 à 70-90 % (DMBA). Ces agents doivent être facilement accessibles aux points d'intervention et dans les autres aires communes et réservées aux résidents, et tout membre du personnel fournissant des soins directs à une personne résidente doit avoir un accès immédiat à du DMBA à 70-90 %.

#### **Justification et résumé**

**Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée**

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

**District du Centre-Est**

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée 33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

Lors d'une visite de routine le 22 octobre 2024, l'inspectrice ou l'inspecteur a vu des bouteilles de désinfectant pour les mains à base d'alcool dont le contenu était périmé ainsi que des bouteilles de DMBA sans date de péremption visible. Elle ou il a vu de telles bouteilles dans plusieurs aires réservées aux personnes résidentes dans l'ensemble du foyer.

La personne responsable de la prévention et du contrôle des infections a confirmé, lors d'un entretien, que le DMBA périmé est inefficace et qu'il peut accroître le risque de propagation d'agents pathogènes.

Puisqu'on a omis de s'assurer que le DMBA n'était pas périmé, cela a exposé les personnes résidentes à un risque accru de transmission d'agents infectieux.

**Sources :** Observations, entretien avec la ou le gestionnaire responsable de la prévention et du contrôle des infections.

2) Le titulaire de permis a omis d'établir des indicateurs clés de la qualité dans le cadre de l'examen annuel du programme de prévention et de contrôle des infections.

À l'alinéa 8.2a) de la *Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée*, délivrée par la directrice ou le directeur et datée de septembre 2023, on énonce ce qui suit :

8.2 Le titulaire de permis veille à ce qu'au minimum, l'on effectue les activités suivantes dans le cadre du programme de gestion de la qualité :

a) établissement d'objectifs et d'indicateurs clés de la qualité (liés aux processus et aux résultats) pour le programme de PCI au foyer.

**Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée****Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

**District du Centre-Est**Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée 33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

**Justification et résumé**

Lors de l'examen des documents relatifs au programme de prévention et de contrôle des infections, l'inspectrice ou l'inspecteur a constaté l'absence d'indicateurs clés en lien avec l'évaluation annuelle du programme. Plus particulièrement, dans l'examen documenté, on ne faisait pas mention d'indicateurs de la qualité ni de résultats escomptés sur lesquels le foyer de soins de longue durée aurait dû s'appuyer pour évaluer l'efficacité du programme.

Lors d'un entretien avec la personne responsable de la prévention et du contrôle des infections de même qu'avec la directrice générale ou le directeur général par intérim, on a confirmé l'absence de tels indicateurs clés dans le cadre de l'examen.

Puisqu'on a omis d'établir des indicateurs de la qualité pour l'examen du programme de prévention et de contrôle des infections, cela a nui à l'évaluation d'objectifs significatifs et à la réalisation d'une évaluation complète du programme.

**Sources :** Entretiens, examen de l'évaluation du programme de prévention et de contrôle des infections.

**AVIS ÉCRIT : Administration des médicaments**

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

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

Administration des médicaments

Paragraphe 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, paragraphe 140(2).

Le titulaire de permis a omis de voir à ce qu'on administre un médicament à la

**Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée****Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

**District du Centre-Est**Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée 33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

personne résidente n° 002 selon les directives du prescripteur.

**Justification et résumé**

Le ministère des Soins de longue durée a reçu une plainte concernant l'administration, par le foyer de soins de longue durée, d'un médicament prescrit à la personne résidente n° 002.

Selon les dossiers cliniques de la personne résidente n° 002, on devait lui administrer un médicament spécifique à des intervalles précis. L'examen de nombreux dossiers pertinents a permis de constater qu'à deux reprises, à une date donnée, le foyer de soins de longue durée n'avait pas le médicament prescrit en stock. Lors d'un entretien, la directrice générale ou le directeur général par intérim a confirmé qu'à plusieurs reprises, la personne résidente n'avait pas reçu le médicament prescrit.

La directrice générale ou le directeur général par intérim a indiqué que tous les membres du personnel autorisé travaillant dans l'aire réservée aux personnes résidentes visée avaient entrepris une formation en ce qui concerne l'administration du médicament en question. Elle ou il a aussi fait savoir que le foyer de soins de longue durée avait mis au point un nouveau processus permettant de confirmer l'administration du médicament en question afin d'essayer d'atténuer le risque que soient commises de nouvelles erreurs quant à ce médicament.

Puisqu'on a omis d'administrer le médicament en question selon les directives du prescripteur, cela a exposé la personne résidente à un risque accru de malaise.

**Sources :** Dossiers cliniques de la personne résidente n° 002, entretien avec la directrice générale ou le directeur général par intérim.

