

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives

aux soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers **District du Centre-Est**

de soins de longue durée

33, rue King West, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844 231-5702

Rapport public initial

Date d'émission du rapport : 23 mai 2024	
Numéro d'inspection : 2024-1451-0002	
Type d'inspection : Plainte Incident critique	
Titulaire de permis : The Mennonite Home Association of York County	
Foyer de soins de longue durée et ville : Parkview Home Long-Term Care, Stouffville	
Inspectrice principale/Inspecteur principal Deborah Nazareth (741745)	Signature numérique de l'inspectrice/Signature numérique de l'inspecteur
Autres inspectrices ou inspecteurs	

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a été menée sur place aux dates suivantes : 29, 30 avril, 1^{er}, 2, 6, 7, 8 mai 2024.

Les inspections suivantes ont été effectuées dans le cadre de cette inspection d'incident critique (IC) :

- Deux inspections en lien avec une éclosion de maladie importante sur le plan de la santé publique.
- Une inspection en lien avec la prévention et la gestion des chutes.

L'inspection suivante concernait :

- Une plainte en lien avec la prévention et le contrôle des infections (PCI), l'administration des médicaments et le personnel.

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

Alimentation, nutrition et hydratation (Food, Nutrition and Hydration)

Gestion des médicaments (Medication Management)

Prévention et contrôle des infections (Infection Prevention and Control)

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives

aux soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers **District du Centre-Est**

de soins de longue durée

33, rue King West, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844 231-5702

Normes en matière de dotation, de formation et de soins (Staffing, Training and Care Standards)

Prévention et gestion des chutes (Falls Prevention and Management)

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

Non-conformité rectifiée

Des cas de non-conformité ont été recensés pendant cette inspection et ont été **rectifiés** par le titulaire de permis avant la conclusion de l'inspection. L'inspectrice était satisfaite que les cas de non-conformité aient été rectifiés dans le respect de l'esprit du par. 154(2) et n'exige aucune autre mesure.

Cas de non-conformité n° 001 – rectification réalisée conformément au par. 154(2) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect de la disposition : Règl. de l'Ont. 246/22, par. 79(1)1.

Service de repas et de collations

par. 79(1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer offre un service de restauration et de collation qui comprend au minimum les éléments suivants :

1. La communication des menus hebdomadaires et quotidiens aux résidents.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le menu hebdomadaire soit communiqué aux résidents.

Justification et résumé

Selon le directeur des services nutritionnels, le foyer de soins de longue durée (FSLD) communiquait les menus hebdomadaires et quotidiens aux résidents en les affichant sur un tableau près des salles à manger de chaque aire de vie des résidents (AVR).

Lors des observations initiales dans le FSLD, on a constaté que dans quatre AVR sur cinq, le menu hebdomadaire de la semaine spécifiée n'était pas affiché.

Plusieurs aides-diététiciens et le directeur des services nutritionnels ont indiqué que l'aide-

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives

aux soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers **District du Centre-Est**

de soins de longue durée

33, rue King West, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844 231-5702

diététicien de soirée était responsable de changer le menu quotidien ainsi que le menu hebdomadaire les dimanches.

L'absence d'affichage du menu hebdomadaire ne présentait aucun risque pour les résidents. Cependant, les résidents n'étaient pas en mesure de voir les repas à venir pour planifier leur semaine.

Avant la fin de l'inspection, le FSLD a affiché le bon menu hebdomadaire pour les résidents.

Sources : Observations, entrevues avec le directeur des services nutritionnels et d'autres personnes. [741745]

Date de mise en œuvre de la rectification : 6 mai 2024

AVIS ÉCRIT : Production alimentaire

Cas de non-conformité n° 002 Avis écrit remis aux termes de la disposition 154(1)1 de la *LRSLD* (2021)

Non-respect de la disposition: Règl. de l'Ont. 246/22, al. 78(2)f)

Production alimentaire

par. 78(2) Le système de production alimentaire doit prévoir au minimum ce qui suit :

f) la communication des substitutions de menu aux résidents et au personnel;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les résidents et le personnel soient informés d'un remplacement au menu.

Justification et résumé

Lors d'une observation du service de repas dans une AVR, le menu quotidien affiché indiquait que les options de dessert pour le dîner étaient des fruits de saison frais et une mousse cappuccino. Lorsque le personnel a commencé à servir le dessert, on a offert du cantaloup et de la gelée aux résidents.

L'aide-diététicien (AD) a indiqué que lorsque le dessert pour le dîner avait été préparé le matin, elle avait constaté qu'il n'y avait pas suffisamment de portions de mousse cappuccino. L'AD a demandé au cuisinier de préparer un autre dessert et on lui a dit de servir de la gelée à la place.

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives

aux soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers **District du Centre-Est**

de soins de longue durée

33, rue King West, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844 231-5702

L'AD n'a pas mis à jour le menu quotidien affiché pour indiquer le remplacement.

Le directeur des services nutritionnels a confirmé que les remplacements au menu devaient être communiqués aux résidents et au personnel et documentés.

Le remplacement au menu n'a pas été communiqué aux résidents, mais il n'y avait aucun risque pour eux.

Sources : Observations, menu quotidien, entrevues avec le personnel. [741745]

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

Problème de conformité n° 003 Avis écrit remis en vertu de la *LRSLD*, 2021, par. 154(1)1

Non-respect de la disposition : Règl. de l'Ont. 246/22, al. 102(2)b)

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).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les pratiques de routine soient suivies dans le cadre du programme de prévention et de contrôle des infections (PCI), conformément à la Norme de PCI pour les foyers de soins de longue durée (FSLD), révisée en septembre 2023.

L'exigence supplémentaire 9.1 de la Norme de PCI stipule que le titulaire de permis doit veiller à ce que les pratiques de routine et les précautions supplémentaires soient suivies dans le cadre du programme de PCI. Au minimum, l'alinéa 9.1d) pour les pratiques de routine doit inclure l'utilisation appropriée de l'équipement de protection individuelle (EPI), y compris la sélection, l'application, le retrait et l'élimination appropriés.

Plus précisément, le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une préposée aux services de soutien à la personne (PSSP) applique de manière appropriée l'EPI lors de son application et de son retrait.

Justification et résumé

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives

aux soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers **District du Centre-Est**

de soins de longue durée

33, rue King West, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844 231-5702

Il n'y avait pas d'éclosion lors de cette inspection et la consigne du port obligatoire du masque n'était pas en vigueur. Le personnel devait procéder à une évaluation des risques avant de sélectionner et d'appliquer l'EPI. Lors d'une observation dans la salle à manger, on a constaté qu'une PSSP portait un EPI qui ne couvrait pas la zone prévue. La PSSP a interagi avec les résidents et d'autres membres du personnel dans la salle à manger pendant environ 30 minutes et son EPI était mal positionné.

La PSSP a indiqué qu'elle avait oublié de retirer son EPI après l'avoir utilisé et elle a reconnu que son EPI n'était pas appliqué de manière appropriée. La responsable de la PCI a confirmé que la façon dont la PSSP portait son EPI constituait une application inappropriée de l'EPI.

Lorsque la PSSP n'a pas appliqué et retiré son EPI de manière appropriée, il y avait un risque potentiel de propagation de l'infection.

Sources : Observations, entrevues avec la PSSP et la responsable de la PCI. [741745]

AVIS ÉCRIT : Système de gestion des médicaments

Cas de non-conformité n° 004 Avis écrit remis aux termes de la disposition 154(1)1. de la LRSLD (2021)

Non-respect de la disposition : Règl. de l'Ont. 246/22, al. 123(3)a).

Système de gestion des médicaments

par. 123(3) Les politiques et protocoles écrits doivent :

a) être élaborés, mis en œuvre, évalués et mis à jour conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les politiques et protocoles écrits du foyer pour le système de gestion des médicaments soient mis en œuvre.

Conformément à l'al. 11(1)b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis doit veiller à ce que les politiques pour le système de gestion des médicaments soient respectées. Plus précisément, le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une infirmière auxiliaire autorisée (IAA) respecte leur politique « Administration des médicaments », RC-12-15, dernièrement approuvée

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives

aux soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers **District du Centre-Est**

de soins de longue durée

33, rue King West, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844 231-5702

en 03/2023, lors de l'administration de médicaments à deux résidents.

Justification et résumé

Une plainte a été reçue concernant l'administration des médicaments. Lors d'une administration de médicaments prévue à 12 h, une IAA a été observée administrant des médicaments dans une AVR. Une visiteuse s'est approchée de l'IAA et a demandé des renseignements sur un supplément prévu pour un résident, indiquant qu'il ne l'avait pas encore reçu. L'IAA a distribué le supplément sans consulter l'ordonnance dans le dossier électronique d'administration des médicaments (DEAM) et l'a remis à la visiteuse. Après avoir examiné le DEAM du résident, on a constaté que l'IAA avait signé dans le DEAM que le supplément avait été administré au résident avant même de le lui donner réellement. On a également observé un autre résident prendre ses médicaments seul dans la salle à manger à la fin de son repas. L'IAA était présente dans la salle à manger à ce moment, mais n'était pas à proximité immédiate du résident lorsqu'il prenait ses médicaments. L'examen du DEAM a révélé que l'IAA avait signé dans le DEAM que le médicament avait été administré au résident avant même que le résident l'ait ingéré.

L'IAA a indiqué que le DEAM sert de guide pour l'administration des médicaments. L'IAA a admis avoir examiné les ordonnances du résident plus tôt dans son quart de travail et avoir distribué les médicaments en se fiant à ce dont elle se souvenait avoir été prescrit à 12h au lieu de vérifier le DEAM. Elle a reconnu avoir signé le DEAM avant d'administrer les médicaments aux deux résidents et qu'elle aurait dû signer le DEAM après avoir administré les médicaments aux résidents. La directrice des soins (DS) a confirmé que les infirmières doivent effectuer des vérifications avant d'administrer des médicaments et des suppléments et qu'elles devraient signer dans le DEAM que les médicaments ont été administrés immédiatement après avoir administré le médicament au résident. La DS a reconnu qu'il y avait un risque que le résident rate son médicament lorsque l'infirmière signe comme quoi le médicament a été administré avant de l'avoir réellement administré au résident.

En raison des actions de l'IAA, il y avait un risque d'administration inexacte des médicaments aux résidents.

Sources : Observations, DEAM des résidents, politique du FSLD « Administration des médicaments », entrevues avec l'IAA et la DS. [741745]