

Rapport public modifié Page de couverture (A1)

Date d'émission du rapport modifié : 23 mai 2024

Date d'émission du rapport initial : 22 mai 2024

Numéro d'inspection : 2024-1461-0002 (A1)

Type d'inspection :

Plainte

Incident critique

Suivi

Titulaire de permis : Schlegel Villages Inc.

Foyer de soins de longue durée et ville : The Village of Glendale Crossing,
London

Modifié par

Henry Otoo (000753)

Signature numérique de

**l'inspectrice/l'inspecteur qui a modifié
le rapport**

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION MODIFIÉ

Ce rapport a été modifié pour :

Veiller à ce que le rapport reflète la

- Date d'échéance des exigences de conformité de l'OC n° 001 : 14 juin 2024
- Inclure la PSSP n° 126 dans les détails de l'OC n° 001

Rapport public modifié (A1)

Date d'émission du rapport modifié : 23 mai 2024	
Date d'émission du rapport initial : 22 mai 2024	
Numéro d'inspection : 2024-1461-0002 (A1)	
Type d'inspection : Plainte Incident critique Suivi	
Titulaire de permis : Schlegel Villages Inc.	
Foyer de soins de longue durée et ville : The Village of Glendale Crossing, London	
Inspectrice principale/Inspecteur principal Henry Otoo (000753)	Autres inspectrices ou inspecteurs Debbie Warpula (577)
Modifié par Henry Otoo (000753)	Signature numérique de l'inspectrice/l'inspecteur qui a modifié le rapport

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION MODIFIÉ

Ce rapport a été modifié pour :

Veiller à ce que le rapport reflète la

- Date d'échéance des exigences de conformité de l'OC n° 001 : 14 juin 2024
- Inclure la PSSP n° 126 dans les détails de l'OC n° 001

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 16, 17, 18, 19, 22, 23, 24, 25, 26, 29 avril et 1^{er}, 2, 3, 6 mai 2024

L'inspection concernait :

- Le dossier n° 00106614 était un suivi concernant l'OC n° 001/n° 2023-1461-0007 relatif au système de gestion des médicaments
- Le dossier n° 00108856 relatif à des sujets de préoccupations concernant le personnel qui ne suivait pas le programme de soins d'une personne résidente
- Le dossier n° 00109135 relatif à des sujets de préoccupations concernant les soins des cathéters, le manque de personnel au foyer et la planification des menus
- Le dossier n° 00111016/Système d'incidents critiques n° 2979-000013-24 relatif à la chute d'une personne résidente
- Le dossier n° 00112639 relatif à des sujets de préoccupations concernant les soins prodigués à une personne résidente
- Le dossier n° 00112644 relatif à la chute d'une personne résidente
- Le dossier n° 00113183 relatif à des allégations de mauvais traitements d'ordre physique d'une personne résidente
- Le dossier n° 00113204 relatif à des sujets de préoccupation concernant de possibles représailles
- Le dossier n° 00113337/Système d'incidents critiques n° 2979-000019-24 relatif à des sujets de préoccupations concernant les soins d'une personne résidente

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° 2023-1461-0007 lié à l'al. 123 (3) (a) du Règl. de l'Ont., 246/22 inspecté par Henry Otoo (000753)

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

Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
Prévention et gestion de la peau et des plaies
Gestion des médicaments
Alimentation, nutrition et hydratation
Prévention et contrôle des infections

Protection des dénonciateurs et représailles
Prévention des mauvais traitements et de la négligence
Rapports et plaintes
Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION MODIFIÉE

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité n° 001 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 d'une personne résidente fournisse des directives claires concernant la mobilité et les transferts.

Justification et résumé :

Le directeur ou la directrice a été informé d'une allégation de mauvais soins prodigués à une personne résidente

L'examen de la politique du foyer sur les programmes de soins et codage MDS-RAI (Care Plans and MDS-RAI Coding) indique que le personnel autorisé est chargé de mettre à jour les programmes de soins en cas de changement.

Lors de l'examen du programme de soins de la personne résidente, l'inspecteur a noté que les mesures d'interventions de mobilité et de transfert de la personne résidente n'étaient pas claires.

Lors d'un entretien avec un membre du personnel autorisé, celui-ci a déclaré que le programme de soins n'était pas clair et qu'il aurait dû être mis à jour.

Lors d'un entretien avec le coordonnateur ou la coordonnatrice de l'établissement, celui-ci ou celle-ci a déclaré que le programme de soins de la personne résidente ne donnait pas de directives claires sur sa mobilité et ses transferts.

Le risque pour la personne résidente était faible, car elle a reçu les soins dont elle avait besoin selon des évaluations.

Sources : dossiers médicaux de la personne résidente, politique du foyer sur les programmes de soins et codage MDS-RAI (Care Plans and MDS-RAI Coding), et entretiens avec le personnel. [577]

AVIS ÉCRIT : Gestion des médicaments

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

Non-respect de : l'alinéa 123 (3) (a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Système de gestion des médicaments

Paragraphe 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 système de gestion des médicaments soient mis en œuvre.

Justification et résumé :

Conformément au Règl. de l'Ont. 246/22, par. 123 (3), le titulaire de permis devait veiller à ce que des politiques et des protocoles écrits soient élaborés pour le système de gestion des médicaments afin d'assurer l'administration exacte de tous les médicaments utilisés dans le foyer.

Conformément à l'article 6 du Règl. de l'Ont. 246/22. La définition qui suit s'applique dans le cadre de la Loi et du présent règlement. « médicament » S'entend d'une substance ou d'une préparation qui contient une substance visée aux alinéas a) à d)

de la définition de « médicament » au paragraphe 1 (1) de la *Loi sur la réglementation des médicaments et des pharmacies*, y compris une substance qui serait exclue de cette définition par l'effet de ses alinéas f) à i), à l'exclusion toutefois d'une substance visée à son alinéa e).

Conformément à la *Loi sur la réglementation des médicaments et des pharmacies*, on entend par « médicament » une substance ou préparation qui contient une substance qui est, selon le cas : a) manufacturée ou vendue pour servir à un des usages suivants, ou décrite comme servant à un de ces usages, à savoir : (i) le diagnostic, le traitement, l'atténuation ou la prévention d'une maladie, d'un trouble ou d'un déséquilibre physique ou mental, ou de leurs symptômes, chez les êtres humains, les animaux ou la volaille, (ii) le rétablissement, l'amélioration ou la modification des fonctions organiques chez les êtres humains, les animaux ou la volaille.

Conformément au Règl. de l'Ont. 246/22, al. 11 (1) b, le titulaire de permis devait se conformer au système de gestion des médicaments. Plus précisément, le personnel n'a pas respecté la politique « respiratoire » du foyer.

Le directeur ou la directrice a reçu une plainte au sujet d'une allégation affirmant que le personnel ne suivait pas le programme de soins de la personne résidente

L'examen de la politique du foyer a montré qu'une ordonnance d'un médecin était nécessaire pour ce médicament. L'examen de la politique CareRx sur l'administration des médicaments - 5.6 (The Medication Pass - 5.6) indique que pour administrer des médicaments aux personnes résidentes, toutes les personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP) doivent recevoir une formation sur l'administration des médicaments, avoir les compétences, les connaissances et l'expérience appropriées pour administrer des médicaments.

Lors de ses observations, l'inspecteur a constaté que la personne résidente ne recevait pas ses médicaments. La PSSP a déclaré qu'elle avait oublié.

Lors d'une autre observation, la personne résidente a reçu la mauvaise dose d'un médicament.

Lors d'un entretien avec le directeur ou la directrice des soins infirmiers, celui-ci a déclaré que les PSSP n'avaient pas reçu de formation sur l'administration des médicaments.

Le personnel n'a pas respecté les politiques relatives à l'administration des médicaments, exposant la personne résidente à un risque.

Sources : examen de la politique du foyer, dossiers médicaux de la personne résidente, observations et entretiens avec le personnel. [577]

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 001 Programme de prévention et de contrôle des infections

Problème de conformité n° 003 Ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154 (1) 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

L'inspecteur ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de conformité [alinéa 155 (1) a) de la LRSLD (2021)] :

Le titulaire de permis doit :

A) S'assurer que tous les chariots d'équipement de protection individuelle (ÉPI) pour l'isolement sont fournis avec tous les ÉPI requis, y compris les blouses, les gants, les lunettes de protection et les masques, lorsque des précautions supplémentaires sont en place.

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

District de London

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

130, avenue Dufferin, 4^e étage

London (Ontario) N6A 5R2

Téléphone : 800 663-3775

B) Former à nouveau six membres du personnel aux exigences en matière d'ÉPI pour les personnes résidentes qui font l'objet de précautions supplémentaires. Tenir un registre des formations dispensées, y compris les dates, les heures, les participants, les formateurs et le matériel enseigné.

C) Le ou la responsable de la PCI ou son représentant ou sa représentante effectuera des vérifications hebdomadaires pour s'assurer que les chariots d'ÉPI contiennent l'ÉPI approprié pour les personnes résidentes faisant l'objet de précautions supplémentaires et des vérifications hebdomadaires pour vérifier que le personnel porte ou retire l'ÉPI pour les personnes résidentes faisant l'objet de précautions supplémentaires. Cette vérification doit faire l'objet d'un rapport, comprenant la date, la personne qui l'a effectuée, le nom de la personne résidente pour laquelle la vérification a été réalisée, les sujets de préoccupations cernés et les mesures correctives prises à la suite de la vérification. Le processus de vérification doit se poursuivre jusqu'à ce que l'ordre de conformité ait été vérifié par un inspecteur ou une inspectrice.

Motifs

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que tout le personnel participe à la mise en œuvre du Programme de prévention et de contrôle des infections (PCI) conformément à la Norme de PCI pour les foyers de soins de longue durée.

Plus précisément, le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les précautions supplémentaires incluent l'utilisation adéquate de l'équipement de protection individuelle (ÉPI), y compris le choix, l'application, le retrait et l'élimination appropriés, conformément à l'exigence supplémentaire 9.1 (f) de la Norme de PCI.

Alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22 Le titulaire de permis met en œuvre les normes ou protocoles que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections.

Résumé et justification

A) L'examen de la politique du foyer en matière d'équipement de protection individuelle (ÉPI) a révélé que les recommandations en matière d'ÉPI lorsque des

soins sont fournis à un cas suspect ou confirmé de COVID 19 chez une personne résidente, le personnel devait porter un masque N95 ou l'équivalent, dont l'ajustement a été vérifié, une protection oculaire, une blouse et des gants.

L'examen de la politique du foyer concernant la gestion d'une épidémie respiratoire (Managing a Respiratory Outbreak) indique que, dans le cadre de la gestion d'une épidémie respiratoire, les personnes résidentes présentant des symptômes d'infection aiguë des voies respiratoires (IAVR) font l'objet de précautions contre les gouttelettes et les contacts, et que les membres de l'équipe qui entrent dans la chambre de la personne résidente portent l'ÉPI approprié.

Le 18 avril 2024, l'inspecteur n° 577 a constaté que trois membres du personnel ne portaient pas de protection oculaire ni de blouse dans une aire d'éclosion de COVID.

Le 19 avril 2024, l'inspecteur n° 577 a observé deux PSSP entrer dans la chambre d'une personne résidente sans porter de protection oculaire et en prenant des gants dans la poche de leur uniforme, alors que la personne résidente faisait l'objet de précautions contre les contacts et les gouttelettes pour la COVID.

Lors d'un entretien avec l'infirmier autorisé ou l'infirmière autorisée et le ou la responsable de la PCI, ils ont indiqué que le personnel aurait dû porter l'ÉPI approprié lorsqu'il s'occupait des personnes résidentes dans le cadre des précautions contre les contacts et les gouttelettes. Le ou la responsable de la PCI a également indiqué que les membres du personnel n'auraient pas dû mettre les gants de leur poche, car ils n'auraient pas été considérés comme propres.

B) L'examen de la politique du foyer sur la gestion d'une épidémie respiratoire (Managing a Respiratory Outbreak) a indiqué que dans le cadre de la gestion d'une épidémie respiratoire, les portes coupe-feu à l'entrée du quartier en épidémie seraient fermées. De l'affichage approprié devrait être placé à l'entrée du quartier, à l'entrée du village et dans les ascenseurs.

Au cours des observations effectuées les 16, 17, 18, 19, 22 et 24 avril 2024, l'inspecteur n° 577 a remarqué que les portes d'entrée coupe-feu de l'aire du foyer touchée par l'éclosion étaient ouvertes et que l'affichage relatif à l'éclosion était

apposé à l'intérieur de la porte.

Lors d'un entretien avec le ou la responsable de la PCI, celui-ci a déclaré que les portes devraient être fermées, mais qu'elles avaient été laissées ouvertes parce qu'il s'agissait de l'entrée de l'ascenseur accessible de ce côté.

C) L'examen de la politique du foyer sur la transmission des micro-organismes – précautions contre les gouttelettes (Transmission of Micro-organisms – Droplet Precautions) indique que le personnel autorisé doit installer un poste d'isolement avec l'ÉPI requis et un désinfectant pour les mains à base d'alcool à l'entrée de la chambre de la personne résidente.

Lors des observations effectuées le 18 avril 2024, cinq chambres ne contenaient pas suffisamment d'ÉPI pour respecter les précautions contre les contacts et les gouttelettes.

Lors des observations effectuées le 19 avril 2024, trois chambres ne contenaient pas suffisamment d'ÉPI pour respecter les précautions contre les contacts et les gouttelettes.

Lors d'un entretien avec le ou la responsable de la PCI, celui-ci a indiqué qu'il incombe aux PSSP de réapprovisionner les chariots d'ÉPI.

Les courriels envoyés au bureau de santé de Middlesex-London indiquent que l'utilisation de gants ayant été rangés dans les poches n'est pas une pratique exemplaire, car les gants pourraient se salir; les membres du personnel devraient réapprovisionner leurs chariots d'ÉPI et porter l'ÉPI approprié lorsqu'ils prodiguent des soins directs à un cas suspect ou confirmé de COVID-19 ou qu'ils interagissent avec lui, et lorsqu'ils prodiguent des soins directs à moins de deux mètres des personnes résidentes dans une aire touchée par une épidémie, conformément aux mesures de contrôle de l'épidémie de COVID-19 pour les foyers de soins de longue durée du bureau de santé de Middlesex-London.

Lors d'un entretien avec le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI), celui-ci ou celle-ci a indiqué que tout le personnel devait porter l'ÉPI approprié lorsqu'il

s'occupait d'une personne résidente faisant l'objet de précautions contre les contacts et les gouttelettes, que les PSSP étaient chargées de réapprovisionner les chariots d'ÉPI et qu'une porte coupe-feu à l'entrée du foyer de Westminster aurait dû être fermée lors de l'épidémie de COVID.

Le fait que le personnel ne mette pas en œuvre le programme de PCI du foyer en ne portant pas l'ÉPI approprié, les blouses, la protection oculaire et les gants non accessibles au point de service, et qu'il ne ferme pas les portes coupe-feu à l'entrée du quartier touché par une épidémie, expose les personnes résidentes et le personnel à un risque potentiel de propagation d'infections associées aux soins de santé, y compris la COVID-19.

Sources : examen de la politique du foyer en matière d'équipement de protection individuelle (Personal Protective Equipment), de gestion d'une épidémie respiratoire (Managing a Respiratory Outbreak), de transmission des micro-organismes – précautions contre les gouttelettes (Transmission of Micro-organisms – Droplet Precautions), des mesures de contrôle de l'épidémie de COVID-19 pour les foyers de soins de longue durée (Covid-19 Outbreak Control Measures for Long-Term Care Homes) du bureau de santé de Middlesex-London, de la liste des précautions supplémentaires des personnes résidentes, des observations et des entretiens avec les membres du personnel.

[577]

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 14 juin 2024

RENSEIGNEMENTS SUR LA RÉVISION/L'APPEL

PRENDRE ACTE Le titulaire de permis a le droit de demander une révision par le directeur du ou des présents ordres et/ou du présent avis de pénalité administrative (APA) conformément à l'article 169 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (la Loi). Le titulaire de permis peut demander au directeur de suspendre le ou les présents ordres en attendant la révision. Si un titulaire de permis demande la révision d'un APA, l'obligation de payer est suspendue jusqu'à la décision de la révision.

Remarque : En vertu de la Loi, les frais de réinspection ne peuvent faire l'objet d'une révision par le directeur ou d'un appel auprès de la Commission d'appel et de révision des services de santé (CARSS). La demande de révision par le directeur doit être présentée par écrit et signifiée au directeur dans les 28 jours suivant la date de signification de l'ordre ou de l'APA au titulaire de permis.

La demande écrite de révision doit comprendre :

- (a) les parties de l'ordre ou de l'APA pour lesquelles la révision est demandée;
- (b) toute observation que le titulaire de permis souhaite que le directeur prenne en considération;
- (c) une adresse de signification pour le titulaire de permis.

La demande écrite de révision doit être signifiée en mains propres, par courrier recommandé, par courriel ou par service de messagerie commerciale à la personne indiquée ci-dessous.

Directeur

a/s du coordonnateur des appels

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

Ministère des Soins de longue durée

438, avenue University, 8^e étage

Toronto (Ontario) M7A 1N3

Courriel : MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

District de London

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

130, avenue Dufferin, 4^e étage

London (Ontario) N6A 5R2

Téléphone : 800 663-3775

Si la signification se fait :

(a) par courrier recommandé, elle est réputée être effectuée le cinquième jour après le jour de l'envoi;

(b) par courriel, elle est réputée être effectuée le jour suivant, si le document a été signifié après 16 h;

(c) par service de messagerie commerciale, elle est réputée être effectuée le deuxième jour ouvrable après la réception du document par le service de messagerie commerciale.

Si une copie de la décision du directeur n'est pas signifiée au titulaire de permis dans les 28 jours suivants, la réception de la demande de révision du titulaire de permis, le ou les présents ordres et/ou le présent APA sont réputés confirmés par le directeur et, aux fins d'un appel devant la CARSS, le directeur est réputé avoir signifié au titulaire de permis une copie de ladite décision à l'expiration de la période de 28 jours.

En vertu de l'article 170 de la Loi, le titulaire de permis a le droit d'interjeter appel de l'une ou l'autre des décisions suivantes auprès de la CARSS :

a) un ordre donné par le directeur en vertu des articles 155 à 159 de la Loi;

b) un APA délivré par le directeur en vertu de l'article 158 de la Loi;

(c) la décision de révision du directeur, rendue en vertu de l'article 169 de la Loi, concernant l'ordre de conformité (art. 155) ou l'APA (art. 158) d'un inspecteur.

La CARSS est un tribunal indépendant qui n'a aucun lien avec le ministère. Elle est établie par la législation pour examiner les questions relatives aux services de soins de santé. Si le titulaire de permis décide d'interjeter appel, il doit remettre un avis d'appel écrit dans les 28 jours suivants la date à laquelle il a reçu une copie de l'ordre, de l'APA ou de la décision du directeur qui fait l'objet de l'appel. L'avis d'appel doit être remis à la fois à la CARSS et au directeur.

Commission d'appel et de révision des services de santé

À l'attention du registrateur

151, rue Bloor Ouest, 9^e étage

Toronto (Ontario) M5S 1S4

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 London

130, avenue Dufferin, 4^e étage

London (Ontario) N6A 5R2

Téléphone : 800 663-3775

Directeur

a/s du coordonnateur des appels

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

Ministère des Soins de longue durée

438, avenue University, 8^e étage

Toronto (Ontario) M7A 1N3

Courriel : MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca

Dès réception, la CARSS accusera réception de votre avis d'appel et vous fournira des instructions concernant la procédure d'appel et d'audience. Le titulaire de permis peut en savoir plus sur la CARSS en consultant le site Web www.hsarb.on.ca.