

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 Hamilton
119, rue King West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Rapport public initial

Date d'émission du rapport : 10 septembre 2024
Numéro d'inspection : 2024-1556-0004
Type d'inspection : Plainte Incident critique
Titulaire de permis : The Regional Municipality of Halton
Foyer de soins de longue durée et ville : Allendale, Milton

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 7 au 9, le 12 et du 19 au 23 août 2024.

L'inspection effectuée concernait :

- Plainte : n° 00119811 relativement aux soins de la peau et des plaies et à la déclaration des droits des résidents.

L'inspection sur les incidents critiques concernait :

- Plainte n° 00118918/IC M536-000036-24 relativement à des allégations de mauvais traitements,
- Plainte n° 00119743/IC M536-000038-24 relativement à un incident médical
- Plainte n° 00119838/IC M536-000037-24 et plainte n° 00122230/IC M536-000042-24 relativement à des éclosions de maladie
- Plainte n° 00119969/IC M536-000040-24 relativement à des allégations de négligence.

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

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
de soins de longue durée

District de Hamilton

119, rue King West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Gestion des médicaments (Medication Management)
Prévention des mauvais traitements et de la négligence
(Prevention of Abuse and Neglect)
Droits et choix des résidents (Residents' Rights and
Choices)
Prévention et prise en charge des lésions épidermiques et
des plaies (Skin and Wound 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 ou l'inspecteur est satisfait(e) de la rectification des cas de non-conformité dans l'esprit du paragraphe 154(2) et n'exige aucune autre mesure.

Problème de conformité n° 001 - rectification réalisée conformément au par. 154 (2) de la LRSLD (2021).

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

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à se conformer aux directives de la directrice ou du directeur dans les situations où le Règlement exige que le titulaire d'un foyer de soins de longue durée mette en œuvre les normes ou protocoles que délivre la directrice ou le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections.

Conformément à la Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée, norme 10.3, le

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 Hamilton

119, rue King West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

titulaire de permis devait veiller à ce que des installations de lavage des mains soient dotées des fournitures appropriées.

Justification et résumé

Pendant l'enquête, un distributeur de savon à mains ne fonctionnait pas et il n'y avait pas de savon à mains portatif disponible à l'entrée d'autre aire du foyer. Cela a été reconnu par une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP).

Quelques jours plus tard, le distributeur de savon à mains ne fonctionnait toujours pas; une bouteille portative de savon à mains et une bouteille de désinfectant pour les mains étaient toutefois disponibles au poste de lavage des mains identifié.

Sources : observations, entretien avec le personnel, Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée (avril 2022).

Date de mise en œuvre de la rectification : 20 août 2024

Problème de conformité n° 002 - rectification réalisée conformément à la disposition 154 (2) de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 272 du Règl. de l'Ont. 246/22

Médecin-hygiéniste en chef et médecin-hygiéniste

Art. 272. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à assurer le respect de tous les ordres, ou conseils et toutes les directives, orientations ou recommandations applicables que formule le médecin-hygiéniste en chef ou le médecin-hygiéniste nommé en vertu de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*.

Les Recommandations pour la prévention et le contrôle des éclosions dans les établissements et les lieux d'hébergement collectifs du médecin-hygiéniste en chef précisent que le désinfectant pour les mains à base d'alcool (DMBA) ne doit pas être périmé.

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 Hamilton

119, rue King West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Pendant l'inspection, une bouteille de DMBA avec une date d'expiration en mai 2024 a été observée dans l'entrée principale, près du registre des visiteurs. Une deuxième bouteille avec la même date d'expiration a été observée au bureau de la réception. La ou le responsable de la PCI a été avisée et a affirmé qu'elle allait retirer les bouteilles périmées et examiner les stocks. Pendant une observation de suivi, les deux bouteilles de DMBA périmées avaient été remplacées par d'autres avec des dates d'expiration en 2025.

La ou le responsable de la PCI a admis que les DMNBA périmés pouvaient ne pas contenir la teneur de 70-90 % en alcool requise, puisque les dates d'expiration assurent l'efficacité du produit.

Source : observations; Recommandations pour la prévention et le contrôle des éclosions dans les établissements et les lieux d'hébergement collectif (ministère de la Santé, avril 2024); entretiens avec la ou le responsable de la PCI.

Date de mise en œuvre de la rectification : 8 août 2024

AVIS ÉCRIT : Déclaration des droits des résidents

Problème de conformité n° 003 - avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 3 (1) 25 de la LRSLD (2021).

Déclaration des droits des résidents

Par. 3 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au plein respect et à la promotion des droits suivants des résidents :

25. Le résident a le droit de recevoir des soins et des services fondés sur une philosophie de soins palliatifs.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente reçoive des soins fondés sur une philosophie de soins palliatifs.

Justification et résumé

Une personne résidente a reçu une mise en congé du foyer six mois

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 Hamilton

119, rue King West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

après y avoir été admise et avoir subi une dégradation continue de son état de santé. Sa consommation de repas a diminué continuellement et le refus des repas a augmenté, entraînant une perte de poids de plus de 10 % au cours de son séjour.

À l'admission, une évaluation de l'échelle de rendement pour les soins palliatifs a été remplie pour la personne résidente qui a eu un résultat de plus de 30 %; cette note doit enclencher une réunion sur les soins palliatifs. Dans l'évaluation, le personnel autorisé a identifié l'apport alimentaire comme étant de « normal à réduit ». Trois évaluations subséquentes de l'échelle de rendement ont été effectuées; chacune continuait d'identifier l'apport alimentaire comme étant de « normal à réduit » malgré une diminution continue de cet apport et du poids.

Plusieurs médicaments ont été prescrits à la personne résidente pour traiter une condition médicale, un en particulier a été ajusté avec un dosage plus élevé à plusieurs reprises. Par conséquent, la personne résidente a subi deux incidents médicaux.

La mandataire spéciale ou le mandataire spéciale de la personne résidente s'est informé au sujet des soins palliatifs lorsqu'un infirmier ou une infirmière autorisée (IA) et un infirmier auxiliaire autorisé ou une infirmière auxiliaire autorisée (IAA) l'ont contacté concernant les deux événements d'hypoglycémie. Aucun des deux membres du personnel n'a consigné ces conversations, n'a enclenché le processus de soins palliatifs, ni n'a amorcé une autre évaluation de l'échelle de rendement.

Une ou un gestionnaire des soins aux résidents (GSR) a affirmé que le personnel autorisé avait omis d'identifier la dégradation de l'état de la personne résidente ainsi que le besoin de commencer le processus de soins palliatifs plus tôt. Il a également admis que l'état de santé de la personne résidente avait été traité de manière agressive, ce qui n'aurait probablement pas eu lieu si la personne résidente avait reçu des soins palliatifs.

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 Hamilton

119, rue King West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Ne pas veiller à identifier la dégradation de l'état de la personne résident et à amorcer le processus de soins palliatifs plus tôt peut avoir contribué au traitement médical agressif de la personne résidente et aux incidents médicaux qui en ont découlé.

Sources : dossiers cliniques de la personne résidents; notes d'entretien de l'enquête du foyer; entretiens avec le GSR et d'autres membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité n° 004 - avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 6(7) de la LRSLD (2021)

Programme de soins

Par. 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 dans le programme de soins soient fournis à une personne résidente, tel que le précise le programme relatif au traitement de l'hypoglycémie.

Justification et résumé

Les directives médicales 2024 du foyer décrivent un traitement précis pour un incident médical. Le traitement implique que la personne résidente ingère des glucides sous forme de sucre ou de jus. Une fois que l'incident est résolu, le personnel doit donner un repas ou une collation contenant des protéines ainsi que des glucides à la personne résidente afin de prévenir une récurrence.

Lorsqu'une personne résidente a subi un incident médical, une IAA lui a donné du jus d'orange, de l'eau avec du sucre et deux emballages de confiture à la fraise. L'IAA a admis qu'il ou elle a également donné à la personne résidente sa dose prévue de supplément alimentaire avant que celle-ci soit transférée à l'hôpital; l'incident médical n'a toutefois pas été résolu à ce moment-là. Ce supplément alimentaire

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 Hamilton

119, rue King West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

contenait des glucides et des protéines et n'était pas mentionné dans les directives médicales comme option convenable à fournir avant que l'incident médical soit résolu.

Le GSR a admis que lorsqu'une personne résidente subit un incident médical, la priorité est de la traiter selon les directives médicales et de fournir de la nourriture ou des liquides contenant des protéines une fois que l'incident est résolu.

Ne pas veiller à suivre les directives médicales lors du traitement d'un incident médical peut avoir entraîné un retard dans sa résolution.

Sources: dossiers cliniques de la personne résidente, directives médicales 2024, Resource 2.0 de Nestle Health Science (<https://www.nestlehealthscience.ca/fr/marques/resource/resource-2-0-hcp>); entretiens avec le GSR et d'autres membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Rapport et plaintes

Problème de conformité n° 005 - avis écrit remis aux termes de la disposition 154(1)1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 26 (1) c) de la LRSLD (2021)

Marche à suivre relative aux plaintes - titulaires de permis

Par. 26 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée prend les mesures suivantes :

c) il transmet immédiatement au directeur, de la manière énoncée dans les règlements, les plaintes écrites qu'il reçoit concernant les soins fournis à un résident ou l'exploitation d'un foyer si elles sont présentées sous la forme prévue par les règlements et qu'elles sont conformes à toute autre exigence que prévoient les règlements.

Le titulaire de permis n'a pas transmis immédiatement à la directrice ou au directeur toute plainte écrite reçue concernant les soins d'une personne résidente.

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 Hamilton
119, rue King West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Justification et résumé

L'administrateur et le GSR ont tous deux reçu une plainte écrite par courriel. Une réponse à ce courriel a été envoyée sept jours après la réception du courriel. Un IC a été soumis au ministère des Soins de longue durée le même jour que la réponse par courriel.

L'administrateur a admis que la plainte écrite par courriel n'a pas été transmise immédiatement au directeur ou à la directrice.

Sources : rapport d'IC, conversation par courriel et entretien avec l'administrateur.

AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies

Problème de conformité n° 006 - avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

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

Soins de la peau et des plaies

Par. 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 :

(i) se fait évaluer la peau par un membre du personnel infirmier autorisé, 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 n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente présentant des signes d'altération de l'intégrité épidermique se fasse évaluer la peau par un membre du personnel infirmier autorisé, au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour l'évaluation de la peau et des plaies.

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 Hamilton

119, rue King West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Justification et résumé

Les notes d'évolution et un renvoi vers un diététiste ont indiqué qu'une personne résidente présentait des signes d'altération de l'intégrité épidermique.

L'altération de l'intégrité épidermique n'a pas été surveillée à l'examen du dossier électronique d'administration de traitement (ETAR) et du rapport d'étude des documents (DSR), alors que cela aurait dû être le cas selon la ou le gestionnaire principale des soins infirmiers (GPSI).

La politique sur le programme des soins de la peau et des plaies indiquait : « au moment de l'identification d'un problème de peau ou de plaie, amorcer une évaluation de référence de la plaie à l'aide de "l'évaluation infirmière de la peau et des plaies et du renvoi vers l'IA désigné.e" » [traduction]. L'examen des dossiers a montré que le formulaire n'a pas été rempli pour l'évaluation infirmière de la peau et des plaies et du renvoi vers l'IA désignée au moment de l'identification de l'altération de l'intégrité épidermique. Cette version des faits a été confirmée par la ou le GPSI.

Ne pas veiller à remplir l'évaluation de la peau et des plaies au moment de l'identification d'un problème de peau ou de plaie a entravé l'évaluation, le traitement et la surveillance opportuns, ce qui a mis la personne à risque quant à l'évolution de ses plaies.

Sources : dossier électronique d'administration de traitement (ETAR), rapport d'étude des documents (DSR), notes d'évolution, politique sur le programme des soins de la peau et des plaies (dernière révision en janvier 2020), formulaires d'évaluation de la peau et des plaies, entretien avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Facilitation des selles et soins liés à l'incontinence

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 Hamilton

119, rue King West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Problème de conformité n° 007 - avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : la disposition 56 (2) g) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Facilitation des selles et soins liés à l'incontinence

par. 56(2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

g) les résidents qui ont besoin de produits pour incontinence disposent d'assez de produits de rechange pour demeurer propres et au sec et se sentir en confort.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les personnes résidentes qui ont besoin de produits pour incontinence disposent d'assez de produits de rechange pour demeurer propres et au sec et se sentir en confort.

Justification et résumé

Une personne résidente était incontinente et une PSSP a fourni des soins périnéaux à la personne résidente, ce qui a contaminé les gants de la PSSP. Pendant le transfert vers le lit, l'extérieur de la culotte de la personne résidente a été souillé par inadvertance avec les gants contaminés. La PSSP a tenté d'essuyer la zone souillée, mais n'a pas offert de nouveau produit pour incontinence à la personne résidente. Le mandataire spécial de la personne résidente a remarqué la culotte souillée et a avisé la PSSP, qui a alors changé le produit pour continence avec l'aide d'une autre PSSP.

La PSSP a admis avoir transféré la personne résidente avec une culotte souillée. Le GSR a convenu que la PSSP aurait dû fournir un produit de soins pour continence propre avant de transférer la personne résidente dans son lit.

Ne pas fournir à la personne résidente un produit de soins pour continence aurait pu poser un risque de santé lié aux infections.

Sources : politique sur les soins liés à l'incontinence (révisée en mars 2018), notes d'enquête, et entretien avec une PSSP et le GSR.

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 Hamilton

119, rue King West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

AVIS ÉCRIT : Comportements réactifs

Problème de conformité n° 008 - avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 58 (4) b) du Règlement de l'Ontario 246/22.

Comportements réactifs

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

b) des stratégies sont élaborées et mises en œuvre pour réagir à ces comportements, dans la mesure du possible.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, pour chaque résident qui affiche des comportements réactifs, des stratégies soient mises en œuvre pour réagir à ces comportements.

Justification et résumé

Deux PSSP sont entrées dans la chambre de la personne résidente pour lui fournir des soins. La personne résidente a commencé à manifester des signes de comportements réactifs envers les deux PSSP. Le programme de soins de la personne résidente indiquait qu'avec ce type de comportement, le personnel devait s'arrêter, reculer et ne pas se tenir à portée de la personne résidente. Les deux PSSP ne se sont pas arrêtées pendant qu'elles fournissaient les soins à la personne résidente.

La politique du foyer sur les comportements réactifs indiquait que les PSSP devaient respecter les interventions décrites dans le programme de soins.

La GPSI a admis que les PSSP n'avaient pas suivi l'intervention dans le programme de soins de la personne résidente.

Ne pas veiller à ce que les stratégies soient mises en œuvre pour réagir aux comportements réactifs d'une personne résidente a conduit à un risque de sécurité pour le personnel et la personne résidente.

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 Hamilton

119, rue King West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Sources : notes d'enquête, politique sur les comportements réactifs (révisée en avril 2018), programme de soins de la personne résidente et entretien avec la ou le GPSI.

AVIS ÉCRIT : Comportements réactifs

Problème de conformité n° 009 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

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

Comportements réactifs

par. 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, pour une personne résidente qui manifestait des comportements réactifs, des mesures soient prises pour répondre à ses besoins, notamment la mise en œuvre d'interventions, et à ce que les réactions de la personne résidente aux interventions soient documentées.

Justification et résumé

Une personne résidente avait plusieurs prescriptions de médicaments pour contrôler ses comportements, y compris une injection au besoin (PRN). Une IA a administré cette injection à deux occasions distinctes et l'a consignée comme étant efficace, sans signe de douleur ou d'inconfort relevé.

Un jour déterminé, la personne résidente a éprouvé plusieurs comportements réactifs, après quoi plusieurs membres du personnel ont été nécessaires pour participer aux soins. Les interventions qui ont été mises en œuvre ont toutes été relevées comme étant inefficaces.

Des comportements réactifs ont également été notés pour plusieurs autres jours lors desquels les médicaments indiqués ont été fournis et

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 Hamilton

119, rue King West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

se sont révélés inefficaces, mais l'injection PRN n'a pas été administrée.

L'IAA a affirmé que l'injection n'avait pas été administrée en alléguant que les comportements de la personne résidente s'intensifiaient à la vue de l'injection, qu'il y avait un risque de blessure et que le dosage était insuffisant pour être efficace. Ces faits n'ont été relevés dans aucun document pendant l'inspection.

La ou le GPSI a déclaré ne pas être au courant que l'injection PRN n'était pas fournie à cause des raisons susmentionnées et qu'elle aurait dû être administrée si les autres interventions étaient inefficaces.

Ne pas administrer l'injection PRN lorsque nécessaire pour la personne résidente aurait pu entraîner l'intensification des comportements réactifs et porter préjudice à la personne résidente ou au personnel.

Sources : entretiens avec le personnel; dossiers cliniques de la personne résidente.

AVIS ÉCRIT : Programme de soins alimentaires et d'hydratation

Problème de conformité n° 010 - avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 75 1. du Règl. de l'Ont. 246/22.

Changements de poids

Art. 75 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les résidents dont le poids subit les changements suivants soient évalués au moyen d'une méthode interdisciplinaire et à ce que des mesures soient prises et les résultats évalués :

1. Un changement d'au moins 5 % du poids corporel survenu sur un mois.

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 Hamilton

119, rue King West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente qui a éprouvé un changement de poids de plus de cinq pour cent (%) sur un mois soit évaluée suivant une méthode interdisciplinaire, avec des mesures prises et des résultats évalués.

Conformément à la disposition 11 (1) b) du Règlement de l'Ontario (Règl. de l'Ont.) 246/22, le titulaire de permis veille à ce que les personnes résidentes qui présente de changements de poids précis soient évaluées à l'aide d'une méthode interdisciplinaire, que des mesures soient prises et que les résultats soient évalués et respectés.

Plus précisément, le personnel n'a pas respecté la politique « Resident Weight and Height Monitoring Procedure » [Procédure de surveillance du poids et de la grandeur des résidents] incluse dans le programme de soins alimentaires et d'hydratation du titulaire de permis.

Justification et résumé

Une personne résidente a éprouvé une diminution de plus de 5 % de son poids corporel en un mois après son admission.

La procédure de surveillance du poids et de la grandeur pour la personne résidente précisait que le personnel autorisé devait envoyer un renvoi au diététiste professionnel (Dt. P.) dans PCC si un changement de poids était imprévu. Un examen des renvois diététiques dans Point click care (PCC) indiquait qu'il y en avait eu un pendant cette période; il concernait toutefois une altération de l'intégrité épidermique, pas le changement de poids.

Le Dt. P. a expliqué que la personne résidente avait été jugée à risque nutritionnel élevé et qu'elle devait par conséquent être évaluée chaque trimestre, sauf en cas de réception d'un renvoi de la part du personnel autorisé. Le Dt. P. a admis avoir répondu à un renvoi concernant une altération de l'intégrité épidermique, mais ne pas être au courant que la personne résidente avait subi un changement

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 Hamilton

119, rue King West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

de poids de plus de 5 % sur un mois. Il a affirmé ne pas calculer le pourcentage de changement de poids d'une personne résidente, comptant sur les déclencheurs de changement de poids considérable générés par PCC.

Sur une période de cinq mois, la personne résidente a eu une perte de poids d'au moins 5 % sur un mois, deux fois une perte de poids d'au moins 7,5 % sur trois mois; aucun renvoi diététique n'a été envoyé relativement aux changements de poids pendant ce temps.

Ne pas identifier le changement de poids d'une personne résidente et ne pas la diriger vers le Dt. P. pouvait faire en sorte que la perte de poids passe inaperçue et contribue à la dégradation de son état.

Sources : dossiers cliniques de la personne résidente, Procédure de surveillance du poids et de la grandeur des résidents (10-01-08, décembre 2023); et entretien avec le Dt. P.

AVIS ÉCRIT : Prévention et contrôle des infections

Non-conformité n°011 - avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

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

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la Norme de PCI pour les foyers de soins de longue durée, datée d'avril 2022, soit mise en œuvre.

Justification et résumé

Le Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée indique à la section 9.1 que les précautions de base doivent être respectées dans le programme de PCI,

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 Hamilton

119, rue King West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

ce qui inclut d) l'utilisation adéquate de l'EPI, y compris le choix, le port, le retrait et l'élimination appropriés.

Une PSSP changeait le produit de soins pour continence d'une personne résidente, contaminant ses gants dans le processus. Elle a appliqué un nouveau produit de soins pour continence à la personne résidente sans changer ses gants.

La politique du foyer sur l'équipement de protection individuelle (EPI) indique que le personnel doit changer ou retirer les gants après avoir touché un site contaminé et avant d'en toucher un propre ou l'environnement.

La PSSP a admis ne pas avoir changé ses gants pour mettre un produit pour continence propre à la personne résidente. La ou le responsable de la PCI a admis que la PSSP aurait dû retirer ses gants, laver ses mains et appliquer une nouvelle paire de gants avant de prendre soin de la personne résidente.

Ne pas appliquer le nouvel EPI posait un risque d'infection pour la personne résidente.

Sources : notes d'enquête, politique sur les EPI (révisée en février 2024), entretien avec une PSSP et la ou le responsable de la PCI.

AVIS ÉCRIT : Dossiers

Problème de conformité n° 012 - avis écrit remis aux termes de la disposition 154(1)1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 274 b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Dossiers des résidents

art. 274. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que :

b) ce dossier écrit soit tenu à jour en tout temps.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le dossier écrit d'une

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 Hamilton

119, rue King West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

personne résidente soit tenu à jour en tout temps.

Justification et résumé

A. Une infirmière auxiliaire a demandé qu'un échantillon soit recueilli auprès d'une personne résidente pour des tests. Une IAA a expliqué que le rapport de laboratoire revenait habituellement en deux à quatre jours. En cas de retard, l'IAA de l'aire du foyer ou l'IA responsable avaient la responsabilité de faire le suivi auprès du laboratoire pour obtenir les résultats. Aucun rapport de laboratoire correspondant pour l'échantillon recueilli n'a pu être localisé dans le dossier de la personne résidente, ce que le GSR a confirmé.

B. Une IAA et une IA ont chacune contacté le mandataire spécial de la personne résidente pour l'informer des événements d'hypoglycémie. Pendant les deux appels téléphoniques, le mandataire spécial a posé des questions sur les soins palliatifs. L'IAA et l'IA ont toutes deux admis ne pas avoir consigné leur conversation avec le mandataire spécial de la personne résidente dans PCC. L'IAA a également affirmé avoir oublié de remplir une évaluation de l'échelle de rendement après la conversation.

Le GRS a admis que le personnel autorisé n'avait pas consigné les demandes du mandataire spécial de la personne résidente dans PCC au sujet des soins palliatifs.

Ne pas conserver de dossier écrit à jour pour la personne résidente en tout temps pouvait entraver la communication avec l'équipe interdisciplinaire.

Sources : dossier clinique de la personne résidente; notes d'enquête du foyer; entretiens avec le GSR et d'autres membres du personnel.