

Rapport public initial

Date d'émission du rapport : 5 juin 2024	
Numéro d'inspection : 2024-1486-0002	
Type d'inspection : Incident critique	
Titulaire de permis : Bethany Lodge	
Foyer de soins de longue durée et ville : Bethany Lodge, Markham	
Inspectrice principale/Inspecteur principal Angie M King (644)	Signature numérique de l'inspectrice Angeli M King <small>Signé numériquement par Angeli M King Date : 2024.06.05 13:39:45 -04'00'</small>
Autres inspectrices ou inspecteurs	

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 22 au 24 et du 27 au 30 mai 2024

Les dossiers suivants ont été inspectés lors de cette inspection liée à un incident critique :

- Un dossier relatif à des soins inappropriés ou inadéquats prodigués par le personnel à une personne résidente
- Deux dossiers relatifs à des épidémies
- Un dossier relatif à la prévention et gestion des chutes

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
- Foyer sûr et sécuritaire
- Rapports et plaintes
- Prévention et gestion des chutes

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'article 97 du Règl. de l'Ont. 246/22

Substances dangereuses

Art. 97. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les substances dangereuses du foyer soient étiquetées de façon appropriée et toujours gardées hors de la portée des résidents.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que toutes les substances dangereuses présentes dans le foyer soient gardées hors de la portée des personnes résidentes en tout temps.

Justification et résumé

Un rapport d'incident critique a été soumis au directeur concernant une épidémie. Lors des visites des différentes aires du foyer, des chariots d'entretien ménager ont été observés dans deux aires sans surveillance, les portes de l'espace de rangement où se trouvent les produits chimiques n'étant pas verrouillées. Il a été constaté que les chariots d'entretien ménager contenaient des substances dangereuses. Un infirmier auxiliaire autorisé ou une infirmière auxiliaire autorisée (IAA), une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) et la directrice des soins infirmiers (DSI) ont verrouillé les chariots d'entretien ménager sur les aires du foyer lorsque cela a été porté à leur attention.

Les fiches signalétiques des substances dangereuses indiquaient que les substances étaient classées comme potentiellement dangereuses en cas d'ingestion accidentelle et/ou de contact avec la peau et/ou les yeux sans le port d'un équipement de protection individuelle.

Deux membres du personnel d'entretien ménager ont indiqué savoir que le chariot d'entretien ménager devait être verrouillé en l'absence du personnel. Les deux membres du personnel d'entretien ont confirmé que les chariots pouvaient être

verrouillés et qu'ils pouvaient être rangés dans la salle d'entretien ménager.

La DSI et le gestionnaire des services environnementaux ont confirmé que le personnel ne devait pas laisser les chariots d'entretien ménager sans surveillance et que les chariots devaient être verrouillés ou rangés dans la salle d'entretien ménager.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que les substances dangereuses soient gardées hors de la portée des personnes résidentes a entraîné un préjudice potentiel pour celles-ci, notamment en cas d'ingestion accidentelle et/ou de contact avec la peau et les yeux.

Sources : observations, fiche signalétique, rapport d'incident critique, entretiens avec la DSI, le gestionnaire des services environnementaux et le personnel. [644]

Date de la rectification apportée : 23 mai 2024

AVIS ÉCRIT : Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

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

Non-respect de : l'alinéa 28 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

Par. 28 (1) Quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner que l'un ou l'autre des cas suivants s'est produit ou peut se produire fait immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et communique les renseignements sur lesquels ils sont fondés :

1. L'administration d'un traitement ou de soins à un résident de façon inappropriée ou incompétente, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident.

Le titulaire de permis n'a pas signalé immédiatement au directeur l'administration de soins à une personne résidente de façon inappropriée ou incompétente.

Justification et résumé

Le foyer a soumis au directeur, à une date précise, un rapport d'incident relatif à la chute d'une personne résidente qui s'est produite en présence d'un visiteur. La personne résidente a été transférée à l'hôpital pour une blessure qui a donné lieu à

un traitement à l'hôpital.

L'examen du rapport et des notes d'enquête du foyer indique que l'incident s'est produit à une date précise et que le foyer en a eu connaissance le lendemain. De plus, les notes indiquent que la personne résidente présente un risque de chute et que le visiteur a tenté d'aider la personne résidente par lui-même, sans signaler la chute au personnel au moment de l'incident et sans demander l'aide du personnel.

Selon la DSI, l'incident a fait l'objet d'une enquête pour soins inappropriés de la part du visiteur à l'égard de la personne résidente, ce qui a entraîné une chute. Il aurait dû signaler immédiatement l'incident au ministère comme soins inappropriés. La DSI a confirmé que le visiteur avait prodigué des soins inappropriés ou inadéquats à la personne résidente et que l'incident aurait dû être immédiatement signalé au directeur. Un rapport n'a été produit que 11 jours après que le foyer soit informé de l'incident.

Le fait de ne pas signaler immédiatement les soins inappropriés ou inadéquats prodigués à une personne résidente peut nuire à l'identification des tendances pour les membres du personnel ou d'autres personnes au sein du foyer.

Sources : rapport d'incident critique, notes d'enquête du foyer et entretien avec la DSI. [644]

AVIS ÉCRIT : Techniques de transfert et de changement de position

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

Non-respect de : l'article 40 du Règl. de l'Ont. 246/22

Techniques de transfert et de changement de position

Art. 40 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les membres du personnel utilisent des appareils ou des techniques de transfert et de changement de position sécuritaires lorsqu'ils aident les résidents.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les membres du personnel utilisent des appareils ou des techniques de transfert et de changement de position sécuritaires lorsqu'ils aident une personne résidente.

Justification et résumé

Un rapport d'incident critique a été soumis au directeur concernant une blessure subie lors du transfert inapproprié d'une personne résidente. À une date précise, une PSSP tentait de déplacer et de placer une personne résidente en position debout afin de pouvoir vérifier et changer le produit pour incontinence de la personne résidente, en utilisant un dispositif de transfert spécifié pour s'aider elle-même. La personne résidente a glissé pendant son positionnement avec le dispositif inapproprié. La personne résidente a subi de multiples blessures.

Le programme de soins de la personne résidente indiquait que celle-ci avait besoin de l'aide de deux membres du personnel pour être transférée à l'aide d'un dispositif de transfert spécifique et qu'elle était exposée à un risque de chute. Les déclarations de l'enquête interne du foyer et l'entretien avec la PSSP indiquent que le personnel savait que la personne résidente avait besoin de l'aide de deux membres du personnel et d'un dispositif de transfert spécifique, mais a utilisé le dispositif inapproprié seule, car elle voulait vérifier rapidement le produit pour incontinence de la personne résidente en pensant qu'elle avait besoin de soins de facilitation des selles.

Le fait de ne pas veiller à ce que le personnel utilise des techniques de transfert et de positionnement sécuritaires lorsqu'il aide la personne résidente augmente le risque de blessure.

Sources : rapport d'incident critique, dossiers cliniques de la personne résidente; notes d'enquête du foyer; et entretiens avec une PSSP et la DSI. [644]

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

Problème de conformité n° 004 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 précautions supplémentaires soient

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 du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

prises dans le cadre du programme de PCI conformément à la norme pour les foyers de soins de longue durée publiée par le directeur, datée d'avril 2022, et révisée en septembre 2023.

Justification et résumé

Conformément à la norme de PCI pour les foyers de soins de longue durée, révisée en septembre 2023, l'article 9.1 stipule que le titulaire de permis doit s'assurer que des précautions supplémentaires sont prises dans le cadre du programme de PCI, notamment : d) l'utilisation adéquate de l'ÉPI, y compris le choix, le port, le retrait et l'élimination de façon appropriée.

La direction a reçu un rapport d'incident critique en raison d'une épidémie. Un visiteur a été observé en train d'aider une personne résidente dans sa chambre en prenant des précautions supplémentaires. La porte de la chambre de la personne résidente étant ouverte, l'inspectrice a constaté que le visiteur ne portait pas l'ÉPI approprié.

L'inspectrice a demandé s'il savait quel type d'infection la personne résidente avait contractée et s'il connaissait l'ÉPI approprié pour les précautions supplémentaires. L'inspectrice l'a informé de l'ÉPI requis pour l'infection en question et des précautions supplémentaires à prendre. Le visiteur a reconnu la préoccupation concernant le fait qu'il ne portait pas l'ÉPI approprié pour les précautions supplémentaires.

Le personnel a déclaré que les familles savaient que lorsqu'une personne résidente est soumise à des précautions supplémentaires, de l'ÉPI approprié est disponible pour un usage individuel et que des fournitures supplémentaires sont également disponibles aux postes de soins infirmiers.

Le responsable de la PCI et la DSI ont confirmé que lorsqu'ils prodiguent des soins directs à une personne résidente, les visiteurs doivent porter l'ÉPI approprié pour les personnes résidentes faisant l'objet de précautions supplémentaires.

Le fait que le visiteur n'ait pas respecté les précautions supplémentaires d'utilisation de l'ÉPI pour les personnes résidentes a augmenté le risque de transmission de maladies infectieuses, y compris la transmission d'agents infectieux tels que la COVID-19.

Sources : rapport d'incident critique, Norme de PCI pour les foyers de soins de longue durée, révisée en septembre 2023, observations et entretiens avec le personnel. [644]

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

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

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

Programme de prévention et de contrôle des infections

Paragraphe 102 (g) Le titulaire de permis veille à ce qui suit au cours de chaque quart de travail :

b) les symptômes sont consignés et les mesures nécessaires sont prises immédiatement pour réduire la transmission, isoler les résidents et les mettre en groupe au besoin. Paragraphe 102 (g) du Règl. de l'Ont. 246/22

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les personnes résidentes présentant des symptômes infectieux soient consignées à chaque quart de travail.

Justification et résumé :

Un rapport d'incident critique a été soumis à la direction à la suite d'une épidémie. Les dossiers médicaux électroniques d'une personne résidente ont indiqué qu'elle présentait de nouveaux symptômes à une date et lors d'un quart de travail donné. La personne résidente a été admise à l'hôpital, où elle a reçu un traitement médical pour un diagnostic précis. Un examen plus approfondi des notes d'évolution électroniques de la personne résidente a révélé l'absence de documentation sur les symptômes infectieux de la personne résidente au cours de plusieurs quarts de travail avant le transfert à l'hôpital et lors de sa réadmission au foyer.

Le responsable de la PCI et la DSI ont confirmé que le personnel était censé consigner les renseignements sur les personnes résidentes, y compris leurs symptômes infectieux, à chaque quart de travail dans leurs notes d'évolution électroniques jusqu'à ce que l'infection soit résolue.

Le fait de ne pas consigner les symptômes infectieux de la personne résidente à chaque quart de travail aurait pu empêcher le personnel de surveiller l'état du

traitement de la personne résidente.

Sources : dossiers médicaux électroniques de la personne résidente; rapport d'incident critique, documents de la PCI, entretien avec le responsable de la PCI et la DSI. [644]

AVIS ÉCRIT : Titulaires de permis : rapport d'enquête visé au par. 27 (2) de la Loi

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

Non-respect du : sous-alinéa 112 (1) 2) ii) du Règl. de l'Ont. 246/22

Titulaires de permis : rapport d'enquête visé au par. 27 (2) de la Loi

Paragraphe 112 (1) Lorsqu'il fait rapport au directeur en application du paragraphe 27 (2) de la Loi, le titulaire de permis communique par écrit les renseignements suivants à l'égard de l'incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement d'un résident de la part de qui que ce soit ou de négligence envers un résident de la part du titulaire de permis ou du personnel qui a donné lieu au rapport :

2. Une description des particuliers impliqués dans l'incident, notamment :
 - ii. le nom des membres du personnel ou des autres personnes qui étaient présents lors de l'incident ou qui l'ont découvert,

Le titulaire de permis n'a pas veillé à inclure le nom complet du visiteur d'une personne résidente qui était présent lors de l'incident.

Justification et résumé

Le foyer a soumis au directeur, à une date précise, un rapport du système de rapport d'incidents critiques relatif à une chute impliquant un visiteur. La personne résidente a été transférée à l'hôpital pour une blessure qui a donné lieu à un traitement à l'hôpital.

Un examen du rapport et des notes d'enquête du foyer a révélé que le nom complet du visiteur au moment de l'incident ne figurait pas dans le rapport.

Un entretien avec la DSI a permis de reconnaître que le rapport mentionnait le prénom du visiteur et non son nom complet.

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 du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Le fait de ne pas mentionner les noms complets dans les rapports du système de rapport d'incidents critiques peut nuire à l'identification des tendances pour les membres du personnel ou d'autres personnes au sein du foyer.

Sources : rapport d'incident critique, notes d'enquête du foyer, dossiers cliniques de la personne résidente et entretiens avec la DSI. [644]

AVIS ÉCRIT : Rapports : incidents graves

Problème de conformité n° 007 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 115 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Rapports : incidents graves

Par. 115 (2) Si le titulaire de permis est tenu de faire un rapport immédiatement en application du paragraphe (1) en dehors des heures de bureau, il le fait en suivant la méthode de communication en cas d'urgence après les heures de bureau en vigueur au ministère. Paragraphe 115 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Le titulaire de permis n'a pas signalé immédiatement au directeur l'administration de soins à une personne résidente de façon inappropriée ou incompétente.

Justification et résumé

Le foyer a soumis au directeur, à une date précise, un rapport du système de rapport d'incidents critiques relatif à une chute d'une personne résidente survenue en présence d'un visiteur.

L'examen du rapport et des notes d'enquête du foyer indique que l'incident s'est produit et que le foyer n'en a eu connaissance qu'un jour plus tard. Un rapport du système de rapport d'incidents critiques a été présenté onze jours plus tard.

La DSI a déclaré que le foyer avait commencé l'enquête sur l'incident et a reconnu que le numéro de téléphone du ministère après les heures de bureau n'avait pas été utilisé pour signaler immédiatement l'incident.

Le fait de ne pas avoir utilisé le numéro de téléphone en dehors des heures de bureau pour signaler immédiatement l'incident n'a pas exposé la personne

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 du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

résidente à un risque.

Sources : rapport d'incident critique, notes d'enquête du foyer et entretien avec la DSI. [644]