

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 Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage
Toronto ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

Rapport public

Date d'émission du rapport : 24 décembre 2024
Numéro d'inspection : 2024-1421-0004
Type d'inspection : Incident critique Suivi
Titulaire de permis : Copernicus Lodge
Foyer de soins de longue durée et ville : Copernicus Lodge, Toronto

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 26 au 28 novembre 2024 et du 2 au 4 décembre 2024.

L'inspection a eu lieu à l'extérieur aux dates suivantes : le 29 novembre 2024

L'inspection de suivi concernait :

- Demande n° 00123484 liée au programme de soins.

L'inspection faisant suite à un incident critique (IC) concernait :

- Demande n° 00120874 [IC n° 2937-000022-24] liée à une chute entraînant une blessure.
- Demande n° 00123730 [IC n° 2937-000024-24] liée à une éclosion (prévention et contrôle des infections).
- Demande n° 00124197 [IC n° 2937-000025-24] liée à une atteinte à la vie privée.
- Demande n° 00126659 [IC n° 2937-000031-24] liée à une blessure ne résultant pas d'une chute.

L'inspection a permis de fermer les demandes suivantes :

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 Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage
Toronto ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

- Demande n° 00120529 [IC n° 2937-000020-24] liée à une chute entraînant une blessure.
- Demandes n° 00127115 [IC n° 2937-000033-24] et n° 00128471 [IC n° 2937-000037-24] – plaintes portant sur une atteinte à la vie privée.
- Demande n° 00128346 [IC n° 2937-000035-24/IC n° 2937-000036-24] liée à une allégation d'atteinte à la vie privée.

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 Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage
Toronto ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

Ordres de conformité délivrés antérieurement

L'inspection a établi la conformité aux ordres de conformité suivants délivrés antérieurement :

Ordre n° 001 de l'inspection n° 2024-1421-0003 donné en vertu du paragraphe 6 (7) de la *LRSLD* (2021)

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
- Droits et choix des résidents
- Gestion de la douleur
- Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Intégration des évaluations aux soins

Problème de conformité n° 001 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de l'alinéa 6 (4) a) de la *LRSLD* (2021)

Programme de soins

Paragraphe 6 (4) Le titulaire de permis veille à ce que le personnel et les autres personnes qui participent aux différents aspects des soins du résident collaborent ensemble à ce qui suit :

- a) l'évaluation du résident de sorte que leurs évaluations s'intègrent les unes aux autres, soient compatibles les unes avec les autres et se complètent;

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 Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage
Toronto ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel et les autres personnes qui participent aux différents aspects des soins d'une personne résidente collaborent à l'évaluation de la personne résidente de sorte que leurs évaluations s'intègrent les unes aux autres, soient compatibles les unes avec les autres et se complètent.

Justification et résumé

On a découvert qu'une personne résidente présentait des signes d'altération de l'intégrité épidermique, une enflure et une douleur à la jambe. Les résultats des tests de diagnostic ont indiqué que la personne résidente avait subi une blessure.

La politique du foyer sur le programme des soins de la peau et des plaies (*Skin and Wound Care Program*) indiquait que les rôles et les responsabilités des personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP) consistaient à signaler au personnel infirmier autorisé tout état anormal ou inhabituel de la peau, c'est-à-dire des rougeurs, des plaies ouvertes, des cloques, des ecchymoses, des déchirures ou des éraflures.

Une PSSP a affirmé n'avoir constaté l'altération de l'intégrité épidermique qu'au moment où elle a retiré la chaussette de la personne résidente après avoir procédé à son transfert avec l'aide d'une autre PSSP. La PSSP a mentionné qu'elle n'avait pas informé le personnel infirmier autorisé de cette situation.

Le personnel a affirmé que le personnel infirmier autorisé n'avait pas été informé de l'altération de l'intégrité épidermique et que la PSSP aurait dû collaborer avec le personnel infirmier autorisé et l'informer aux fins d'évaluation. Le personnel a reconnu que si la PSSP avait collaboré avec le personnel infirmier autorisé, la personne résidente aurait fait l'objet d'évaluations et d'interventions appropriées concernant sa blessure.

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 Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage
Toronto ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

Le fait que l'équipe interdisciplinaire n'ait pas collaboré à l'évaluation de l'altération de l'intégrité épidermique de la personne résidente a entraîné un risque que la blessure de cette dernière ne fasse pas l'objet d'interventions appropriées à temps.

Sources : Rapport du Système de rapport d'incidents critiques (SIC) n° 2937-000031-24; dossiers cliniques de la personne résidente; politique NO-17 sur le programme des soins de la peau et des plaies (*Skin and Wound Care Program*), révisée pour la dernière fois en mai 2024; entretiens avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Programmes obligatoires

Problème de conformité n° 002 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de la disposition 4 du paragraphe 53 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programmes obligatoires

Paragraphe 53 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soient élaborés et mis en œuvre au foyer les programmes interdisciplinaires suivants :

4. Un programme de gestion de la douleur visant à déceler la douleur chez les résidents et à la gérer. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 53 (1); Règl. de l'Ont. 66/23, art. 10.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à se conformer à son programme de gestion de la douleur lorsque de la douleur a été décelée chez une personne résidente.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis était tenu de veiller à ce que le programme de gestion de la douleur visant à déceler et à gérer la douleur soit mis en œuvre.

Plus précisément, un membre du personnel infirmier autorisé n'a pas respecté la politique du foyer sur le programme de gestion de la douleur étant donné que la

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 Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage
Toronto ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

douleur de la personne résidente n'a pas été évaluée à l'aide de l'évaluation de la douleur figurant dans son dossier de santé électronique.

Justification et résumé

La politique du foyer sur le programme de gestion de la douleur (*Pain Management Program*) indiquait que des évaluations de la douleur seraient réalisées pour toutes les personnes résidentes chez qui l'on décèle de la douleur et que chaque personne résidente se plaignant de douleur serait évaluée et surveillée en permanence, puis au besoin si son état changeait.

On a découvert qu'une personne résidente présentait des signes d'altération de l'intégrité épidermique, une enflure et une douleur. Les résultats des tests de diagnostic ont indiqué que la personne résidente avait subi une blessure.

Après avoir procédé au transfert d'une personne résidente, deux PSSP ont remarqué que cette dernière ressentait de la douleur. Les PSSP en ont informé un membre du personnel infirmier autorisé.

Les dossiers de santé électroniques ont montré qu'aucune évaluation de la douleur n'a été effectuée. Un membre du personnel infirmier autorisé a mentionné que les deux PSSP l'ont informé, pendant qu'il donnait des médicaments à des personnes résidentes, que la personne résidente en question ressentait de la douleur. Le membre du personnel infirmier autorisé a affirmé qu'il était allé voir la personne résidente plus tard, mais qu'elle dormait. Le membre du personnel infirmier autorisé a reconnu qu'il n'avait pas procédé à une évaluation de la douleur au bon moment et qu'il aurait dû aller voir la personne résidente lorsque les PSSP l'ont informé qu'elle ressentait de la douleur.

Le personnel a reconnu que l'on s'attendait à ce que ce membre du personnel infirmier autorisé procède à une évaluation de la douleur au moment où les deux PSSP lui ont signalé que la personne résidente ressentait de la douleur.

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 Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage
Toronto ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

Le fait de ne pas avoir procédé à l'évaluation de la douleur d'une personne résidente a augmenté le risque de ne pas pouvoir déterminer la source et le niveau de la douleur ressentie par la personne résidente.

Sources : Rapport du SIC n° 2937-000031-24; dossiers cliniques de la personne résidente; politique NO-19 sur le programme de gestion de la douleur (*Pain Management Program*), révisée pour la dernière fois en mars 2024; entretiens avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

Problème de conformité n° 003 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : 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, par. 102 (2).

Le titulaire de permis n'a pas mis en œuvre les normes ou protocoles que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections (PCI).

i) Plus précisément, le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des séances de compte rendu interdisciplinaires documentées soient tenues après une éclosion, conformément à la section 4.3 de la *Norme de prévention et de contrôle des infections pour les foyers de soins de longue durée* (Norme de PCI), révisée pour la dernière fois en septembre 2023. Il s'agissait notamment d'évaluer les pratiques en matière de PCI qui étaient à la fois efficaces et inefficaces dans la gestion de

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 Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage
Toronto ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

l'éclosion, ainsi que les recommandations formulées à l'intention du titulaire de permis en vue d'améliorer ses pratiques de gestion en cas d'éclosion.

Justification et résumé

Les procès-verbaux de l'équipe de lutte contre les flambées épidémiques ne comportaient aucune évaluation des aspects de la gestion des éclosions après l'éclosion survenue au foyer, comme l'exige la Norme de PCI.

Un membre du personnel a confirmé qu'aucune séance de compte rendu sur les éclosions n'a été tenue après l'éclosion survenue au foyer.

L'absence d'un processus d'examen des éclosions peut empêcher le foyer de tirer des enseignements de la gestion d'éclosions antérieures et peut contribuer au risque que des pratiques inefficaces en matière de PCI soient maintenues.

Sources : examen des procès-verbaux de l'équipe de lutte contre les flambées épidémiques, Norme de PCI et entretien avec un membre du personnel.

ii) Plus précisément, le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des politiques et des marches à suivre soient en place pour déterminer la fréquence de nettoyage et de désinfection grâce à une méthode de stratification des risques. De plus, il n'a pas veillé à ce que les surfaces soient nettoyées à la fréquence exigée conformément à la section 5.6 de la Norme de PCI, révisée pour la dernière fois en septembre 2023.

Justification et résumé

Un membre du personnel a remis aux inspectrices ou aux inspecteurs un document contenant la matrice de risques utilisée pour déterminer la fréquence de nettoyage dans le foyer. Un courriel d'un membre du personnel indiquait que la marche à suivre interne du foyer concernant la fréquence de nettoyage faisait à ce moment l'objet d'une mise à jour.

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 Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage
Toronto ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

Le personnel a affirmé que le document contenant la matrice de risques n'était pas utilisé pour déterminer la fréquence de nettoyage au Copernicus Lodge.

Le fait de ne pas avoir adopté une méthode de stratification des risques présentait le risque que les surfaces ne soient pas nettoyées à la fréquence exigée.

Sources : Matrice de risques du foyer pour la fréquence de nettoyage, entretien avec un membre du personnel, Norme de PCI révisée en septembre 2023.

B) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une affiche indiquant la nécessité de prendre des mesures de contrôle améliorées en matière de PCI soit apposée à l'entrée de la chambre d'une personne résidente qui faisait l'objet de précautions supplémentaires.

Justification et résumé

Une inspectrice ou un inspecteur a constaté que les fournitures d'équipement de protection individuelle (EPI) et l'affiche indiquant que des précautions supplémentaires devaient être prises avaient été retirées de l'entrée de la chambre d'une personne résidente. Le lendemain, l'inspectrice ou l'inspecteur a constaté que l'on avait réinstallé sur la porte de chambre de la personne résidente l'affiche indiquant que des précautions supplémentaires devaient être prises ainsi qu'un support pour fournitures d'EPI, contenant des articles tels que des masques N95, des blouses et des gants.

Le personnel a reconnu que l'affiche indiquant que des précautions supplémentaires devaient être prises et les fournitures d'EPI avaient été retirées par erreur de la porte de chambre de cette personne résidente.

Le fait de retirer, par erreur, une affiche indiquant que des précautions supplémentaires doivent être prises dans la chambre 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 Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage
Toronto ON M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

présente un risque que l'EPI ne soit pas enfilé avant l'entrée dans la chambre et crée un risque de propagation d'une maladie infectieuse.

Sources : Observations, entretien avec le personnel, dossiers électroniques de la personne résidente et Norme de PCI.