

Rapport public initial

Date d'émission du rapport : 25 juin 2024**Numéro d'inspection :** 2024-1525-0002**Type d'inspection :**

Incident critique

Suivi

Titulaire de permis : Le Conseil de direction de l'Armée du Salut au Canada**Foyer de soins de longue durée et ville :** Isabel and Arthur Meighen Manor,
Toronto

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : les 7 au 10, 13 au 17, 21 au 24 et 27 mai 2024

L'inspection concernait les dossiers du système de rapport d'incidents critiques (IC) suivants :

- Le dossier : n° 00109977 – [Incident critique : 3031-000009-24] et le dossier : n° 0011914 – [Incident critique : 3031-000016-24] – Mauvais traitements d'ordre physique entre personnes résidentes
- Le dossier : n° 00112533 – [Incident critique : 3031-000019-24] – Soins inappropriés
- Le dossier : n° 00113182 – [Incident critique : 3031-000024-24] – Prévention et gestion des chutes
- Le dossier : n° 00113959 – [Incident critique : 3031-000026-24] – Soins inappropriés et négligence
- Le dossier : n° 00115171 – [Incident critique : n° 3031-000030-24] – Prévention et contrôle des infections.
- Le dossier : n° 00116787 – [Incident critique : 3031-000035-24] – Décès inattendu

Le dossier de suivi a été inspecté :

- Le dossier : n° 00110867 – Relatif au programme de soins

Ordres de conformité délivrés antérieurement

L'inspection a été fermée pour la conformité à l'ordre ou aux ordres de conformité suivants délivrés antérieurement :

Ordre n° 001 de l'inspection n° 2024-1525-0001 lié au par. 6 (7) de la LRSLD (2021) inspecté par Henry Chong (740836)

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

- Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
- Alimentation, nutrition et hydratation
- Prévention et contrôle des infections
- Prévention des mauvais traitements et de la négligence
- Comportements réactifs
- Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Déclaration des droits des résidents

Problème de conformité n° 001 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : l'alinéa 3 (1) 1 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 :

1. Le résident a le droit d'être traité avec courtoisie et respect et d'une manière qui tient pleinement compte de sa dignité, de sa valeur et de son individualité inhérentes, sans égard à la race, à l'ascendance, au lieu d'origine, à la couleur, à l'origine ethnique, à la citoyenneté, à la croyance, au sexe, à l'orientation sexuelle, à l'identité sexuelle, à l'expression de l'identité sexuelle, à l'âge, à l'état matrimonial, à l'état familial ou à un handicap.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente soit traitée avec courtoisie et respect et d'une manière qui tient pleinement compte de la dignité, la valeur et l'individualité inhérentes de la personne résidente.

Justification et résumé

Le directeur ou la directrice a reçu un rapport d'incident critique (RIC) concernant une plainte de traitement inapproprié envers une personne résidente. L'examen des enregistrements vidéo des caméras de surveillance a montré qu'un membre du personnel s'est adressé à une personne résidente de manière inappropriée à plusieurs reprises pendant les soins. Les notes d'enquête du foyer révèlent qu'un autre membre du personnel s'est adressé à la personne résidente de manière inappropriée pendant les soins.

Deux membres du personnel ont confirmé qu'ils s'étaient adressés à une personne résidente de manière inappropriée pendant les soins, bien qu'ils aient été formés par le foyer. Un infirmier auxiliaire autorisé ou une infirmière auxiliaire autorisée (IAA) a déclaré avoir remarqué que le personnel s'était adressé à la personne résidente de manière inappropriée et avoir informé le membre du personnel des attentes du foyer. Le directeur ou la directrice adjoint(e) des soins infirmiers (DASI) a indiqué qu'il fallait s'adresser aux personnes résidentes de manière appropriée.

Le fait de ne pas s'adresser à la personne résidente de manière appropriée l'expose au risque de ne pas être traité avec respect et dignité.

Sources : RCI n° 3031-000019-24, notes d'enquête et enregistrements vidéo des caméras de surveillance, dossiers cliniques de la personne résidente, entretiens avec le ou la DASI et d'autres membres du personnel.

[741672]

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

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

Non-respect de : l'alinéa 6 (4) b) 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 :

b) l'élaboration et la mise en œuvre du programme de soins de sorte que les différents aspects des soins s'intègrent les uns aux autres, soient compatibles les

uns avec les autres et se complètent.

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 ensemble pour examiner les résultats du dossier médical et mettre en œuvre le traitement en temps opportun.

Justification et résumé

Un RIC a été transmis au directeur ou à la directrice concernant le traitement inapproprié d'une personne résidente en raison de l'absence de résultats dans le dossier médical, ce qui a entraîné un retard de traitement. Les résultats médicaux de la personne résidente ont été faxés au foyer de soins de longue durée plusieurs jours plus tard, mais le personnel n'a trouvé les résultats et ne les a examinés que plusieurs semaines plus tard. La personne résidente n'a pas reçu de traitement pendant environ trois semaines, car les résultats n'étaient pas disponibles.

Plusieurs membres du personnel ont indiqué qu'ils n'avaient pas effectué de suivi des résultats médicaux et qu'il y avait un manque de communication entre les membres du personnel lorsque le foyer les a reçus. Le ou la DASI a indiqué que le dossier médical de la personne résidente aurait dû être examiné par l'infirmière ou un infirmier autorisé(e) (IA) dès qu'il a été faxé au foyer et que le ou la médecin aurait dû être informé immédiatement des résultats médicaux de la personne résidente pour fournir un traitement plus tôt. Il ou elle a également déclaré qu'il n'y avait pas de collaboration entre les membres du personnel pour s'assurer que les résultats médicaux de la personne résidente étaient examinés et que le traitement était mis en œuvre en temps opportun.

Faute de collaboration, les membres du personnel n'ont pas examiné les résultats du dossier médical de la personne résidente et ne l'ont pas traitée en temps opportun, ce qui l'a mise dans une situation où son état de santé risquait de se dégrader.

Sources : RCI n° 3031-000026-24, dossiers cliniques de la personne résidente, entretiens avec le ou la DASI et d'autres membres du personnel.

[741672]

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

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

Non-respect de : paragraphe 6 (8) de la LRSLD (2021)

Programme de soins

Paragraphe 6 (8) Le titulaire de permis veille à ce que le personnel et les autres personnes qui fournissent des soins directs à un résident soient tenus au courant du contenu du programme de soins du résident et à ce que l'accès au programme soit pratique et immédiat.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) qui fournit des soins directs à une personne résidente soit tenue au courant du contenu du programme de soins de la personne résidente.

Justification et résumé

Le directeur ou la directrice a reçu un RIC concernant une plainte de traitement inapproprié envers une personne résidente. L'examen des enregistrements vidéo de la caméra de surveillance a montré que le programme de soins de la personne résidente n'avait pas été respecté. Les notes d'enquête du foyer indiquent que la PSSP n'était pas au courant du programme de soins de la personne résidente et qu'elle n'a pas examiné le programme de soins provisoire écrit de la personne résidente avant de lui prodiguer des soins.

La PSSP a confirmé qu'elle n'était pas au courant de l'état de santé de la personne résidente et qu'elle n'avait pas revu son programme de soins. Le ou la DASI a confirmé que la PSSP aurait dû examiner le programme de soins de la personne résidente avant de lui prodiguer des soins, car elle n'était pas au courant de ses besoins en matière de soins.

Le fait que la PSSP n'ait pas été informée du programme de soins de la personne résidente a entraîné des douleurs et des risques de blessures.

Sources : RCI n° 3031-000019-24, notes d'enquête du foyer, observation et dossiers cliniques de la personne résidente, entretiens avec la PSSP et le ou la DASI.

[741672]

AVIS ÉCRIT : PROGRAMME DE SOINS

Problème de conformité n° 004 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : l'alinéa 6 (10) (b) de la LRSLD (2021)

Programme de soins

Paragraphe 6 (10) Le titulaire de permis veille à ce que le résident fasse l'objet d'une réévaluation et à ce que son programme de soins soit réexaminé et révisé tous les six mois au moins et à tout autre moment lorsque, selon le cas :

(b) les besoins du résident en matière de soins évoluent ou les soins prévus dans le programme ne sont plus nécessaires,

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne résidente soit réexaminée et que le programme de soins fasse l'objet d'une réévaluation à quelconque moment lorsque ses besoins en matière de soins ont évolué.

Justification et résumé

Un RIC a été soumis au directeur ou à la directrice concernant le décès inattendu d'une personne résidente à la suite d'un incident. Le programme de soins de la personne résidente indique que le personnel devait mettre en œuvre des mesures d'intervention spécifiques lorsque la personne résidente s'alimentait. L'examen des enregistrements vidéo des caméras de surveillance a révélé que les mesures d'intervention prévues dans leur programme de soins provisoire n'avaient pas été mises en œuvre.

Plusieurs membres du personnel ont indiqué qu'ils ne mettaient pas en œuvre les mesures d'intervention lorsque la personne résidente s'alimentait. Le ou la responsable du programme ontarien de soutien en cas de troubles du comportement (BSO) a indiqué que, conformément au programme de soins provisoire de la personne résidente, les mesures d'intervention auraient dû être mises en œuvre pour s'assurer que la personne résidente s'alimentait en toute sécurité. Le diététiste professionnel ou la diététiste professionnelle (Dt.P.) a indiqué ne pas avoir évalué la personne résidente à un moment précis du repas et ne pas avoir tenu compte dans son évaluation des changements dans les besoins de la personne résidente. Le programme de soins de la personne résidente n'a pas été réexaminé en fonction de l'évolution de ses besoins. Le ou la DSI a confirmé que le

programme de soins de la personne résidente aurait dû être réévalué et réexaminé lorsque les besoins de la personne résidente avaient changé. Il ou elle a également indiqué que des mesures d'intervention précises auraient dû figurer dans le programme de soins provisoire de la personne résidente.

Le fait de ne pas réexaminer le programme de soins provisoire de la personne résidente pendant les repas l'expose à un risque d'étouffement.

Sources : RCI n° 3031-000035-24, enregistrements vidéo des caméras de surveillance, dossiers cliniques des personnes résidentes, entretiens avec le ou la responsable du BSO et d'autres membres du personnel.

[741672]

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

Problème de conformité n° 005 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

Paragraphe 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 communiqué immédiatement les renseignements au directeur ou à la directrice lorsqu'il avait des motifs raisonnables de soupçonner un traitement ou des soins inappropriés ou incompétents à l'égard d'une personne résidente, entraînant un risque de préjudice à cette dernière.

Justification et résumé

Un RIC a été transmis au directeur ou à la directrice concernant des traitements inappropriés prodigués à une personne résidente. L'incident a été signalé au directeur ou à la directrice quelques jours plus tard.

Le ou la DASI a confirmé que l'incident aurait dû être signalé immédiatement au directeur ou à la directrice.

Le signalement tardif n'a entraîné aucun préjudice à la personne résidente.

Sources : RCI n° 3031-000026-24, dossiers cliniques de la personne résidente, et entretien avec le ou la DASI.

[741672]

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

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

Non-respect de : l'alinéa 28 (1) 2 de la LRSLD (2021)

Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

Paragraphe 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 :

2. Les mauvais traitements infligés à un résident par qui que ce soit ou la négligence envers un résident de la part du titulaire de permis ou du personnel, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident.

Le titulaire de permis n'a pas signalé immédiatement les renseignements au directeur ou à la directrice lorsqu'il avait des motifs raisonnables de soupçonner que la personne résidente n° 002 était victime de mauvais traitements de la part de la personne résidente n° 001, ce qui entraînait un risque de préjudice à la personne résidente n° 002.

Justification et résumé

À une date déterminée, le personnel a découvert la personne résidente n° 001 et la personne résidente n° 002 en train de se disputer physiquement. Quelques jours plus tard, le foyer a soumis un RCI au ministère des Soins de longue durée.

Un ou une IA a déclaré ne pas avoir signalé immédiatement l'incident au directeur ou à la directrice. Le ou la DASI a déclaré que l'incident aurait dû être signalé immédiatement en utilisant le système de signalement en dehors des heures de bureau et a confirmé que le RIC a été soumis plusieurs jours plus tard.

Sources : RCI n° 3031-000016-24, entretiens avec une ou un IA et le ou la DASI.

[740836]

AVIS ÉCRIT : Comportements réactifs

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

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

Comportements réactifs

Paragraphe 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, lorsque la personne résidente n° 001 et la personne résidente n° 002 manifestaient des comportements réactifs, des mesures soient prises pour répondre aux besoins de la personne résidente, y compris des évaluations, des réévaluations et des mesures d'intervention, et à ce que les réactions de la personne résidente aux mesures d'intervention soient documentées.

Justification et résumé

i) La personne résidente n° 001 et n° 002 ont eu une altercation physique. L'outil de surveillance du système d'observation de la démence aux termes du programme ontarien de soutien en cas de troubles du comportement (BSO-DOS) a été mis en place pour la personne résidente n° 001 pendant une période de cinq jours relativement aux comportements réactifs.

L'outil de surveillance du BSO-DOS n'a pas été documenté sur plusieurs quarts de travail au cours de deux jours.

Le ou la responsable du BSO et le ou la DASI ont tous deux déclaré que l'outil de surveillance du BSO-DOS devait être documenté pour tous les quarts de travail indiqués et qu'il n'avait pas été rempli dans son intégralité.

Le fait de ne pas documenter l'outil de surveillance du BSO-DOS dans son intégralité a entraîné un manque de renseignements lors de l'analyse des tendances liées aux comportements réactifs de la personne résidente n° 001.

Sources : l'outil de surveillance du BSO-DOS de la personne résidente n° 001, et les entretiens avec le ou la responsable du BSO et le ou la DASI.

[740836]

ii) La personne résidente n° 001 et la personne résidente n° 002 ont eu une altercation physique. L'outil de surveillance du BSO-DOS a été mis en place pour la personne résidente n° 002 pendant une période de cinq jours concernant les comportements réactifs.

L'outil de surveillance du BSO-DOS pour la personne résidente n° 002 n'a pas été documenté sur plusieurs quarts de travail au cours de deux jours.

Le ou la responsable du BSO et le ou la DASI ont tous deux déclaré que l'outil de surveillance du BSO-DOS devait être documenté pour tous les quarts de travail indiqués et qu'il n'avait pas été rempli dans son intégralité.

Le fait de ne pas documenter l'outil de surveillance du BSO-DOS dans son intégralité a entraîné un manque de renseignements lors de l'analyse des tendances liées aux comportements réactifs de la personne résidente n° 002.

Sources : l'outil de surveillance du BSO-DOS de la personne résidente n° 002, et les entretiens avec le ou la responsable du BSO et le ou la DASI.

[740836]

AVIS ÉCRIT : SERVICE DE RESTAURATION ET DE COLLATION

Problème de conformité n° 008 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : l'alinéa 79 (1) g) du Règl. de l'Ont. 246/22

Service de restauration et de collation

Paragraphe 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 :

g. Des techniques adéquates pour aider les résidents à manger, notamment le positionnement sécuritaire des résidents qui ont besoin d'aide.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une ou qu'un IAA utilise des techniques adéquates et sécuritaires lorsqu'ils aident une personne résidente à manger.

Justification et résumé

Le programme de soins provisoire d'une personne résidente a indiqué qu'elle avait besoin d'aide pour s'alimenter. Lors de l'examen des enregistrements vidéo des caméras de surveillance du foyer, une ou un IAA a été observée en train de nourrir la personne résidente en utilisant des techniques d'alimentation inappropriées et dangereuses.

L'IAA a déclaré que l'équipement spécifique n'était pas disponible pendant l'alimentation, mais il a été constaté que l'équipement était disponible après examen des enregistrements vidéo. Le ou la DSI a confirmé que l'ensemble du personnel chargé d'alimenter les résidents était censé utiliser des techniques d'alimentation appropriées et sûres.

Le fait de ne pas utiliser les techniques d'alimentation adéquates pourrait mettre les personnes résidentes à risque d'aspirer leur repas.

Sources : programme de soins provisoire de la personne résidente, enregistrements vidéo des caméras de surveillance du foyer, entretiens avec une ou un IAA et le ou la DSI.

[741672]

AVIS ÉCRIT : Rapports : incidents graves

Problème de conformité n° 009 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 115 (1) 2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Rapports : incidents graves

Art. 115 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille, d'une part, à immédiatement informer le directeur, de façon aussi détaillée que possible dans les circonstances, des incidents suivants et, d'autre part, à faire suivre le rapport exigé au paragraphe (5) :

2. Un décès inattendu ou soudain, notamment un décès résultant d'un accident ou d'un suicide.

Le titulaire de permis n'a pas signalé immédiatement au directeur ou à la directrice le décès inattendu d'une personne résidente.

Justification et résumé

Un RIC a été transmis au directeur ou à la directrice concernant la mort inattendue d'une personne résidente. Le foyer n'a pas contacté immédiatement la ligne de Service Ontario après les heures de bureau pour signaler l'incident.

Un membre du personnel présent au moment de l'incident a confirmé qu'il n'avait pas appelé la ligne de service après les heures de bureau pour signaler immédiatement l'incident.

Le signalement tardif n'a causé aucun préjudice pour la personne résidente.

Sources : RCI n° 3031-000035-24, dossiers cliniques de la personne résidente, et entretiens avec le personnel.

[741672]

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 001 Service de restauration et de collation

Problème de conformité n° 010 Ordre aux termes de l'alinéa 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 79 (1) 4) du Règl. de l'Ont. 246/22

Service de restauration et de collation

Paragraphe 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 :

4. Un processus pour faire en sorte que les préposés au service d'alimentation et les autres membres du personnel chargés d'aider les résidents soient au courant des régimes, des besoins particuliers et des préférences des résidents.

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

1. Rééduquer l'aide en diététique, la PSSP et l'IAA sur les différents types de textures alimentaires et le contenu de la référence Initiative internationale de normalisation des régimes alimentaires pour la dysphagie (International Dysphagia Diet Standardisation Initiative) sur les textures alimentaires.
2. Réaliser des vérifications aléatoires, pendant au moins trois semaines après la réception de cet ordre, des trois services de repas (déjeuner, dîner et souper) dans une zone spécifique du foyer afin de s'assurer que les instructions relatives au régime alimentaire des personnes résidentes soient fournies conformément à l'ordre.
3. Tenir un registre des formations susmentionnées, y compris les dates, les noms et désignations du personnel, les présences signées, les sujets de formation, ainsi que le nom et le titre de la (des) personne(s) qui a (ont) dispensé la formation.
4. Tenir un registre des vérifications susmentionnées, y compris les dates et heures des audits, le(s) nom(s) de l'auditeur, les noms et désignations du personnel vérifié, les résultats des vérifications et les mesures prises.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les préposés au service d'alimentation et les autres membres du personnel qui aident les personnes résidentes connaissent le régime alimentaire de ces dernières et s'y conforment.

Justification et résumé

Un RIC a été soumis au directeur ou à la directrice concernant le décès inattendu d'une personne résidente. Le programme de soins provisoire de la personne résidente indiquait que le personnel doit suivre des mesures d'intervention spécifiques pour favoriser la sécurité alimentaire lors des repas. La référence Initiative internationale de normalisation des régimes alimentaires pour la dysphagie (International Dysphagia Diet Standardisation Initiative) relative à la texture des aliments indique qu'un aliment identifié ne doit pas être plus grand qu'une taille spécifique. Les enregistrements vidéo des caméras de surveillance du foyer ont révélé qu'une PSSP a servi de la nourriture à une personne résidente sans suivre les mesures d'intervention précises.

Une aide en diététique a déclaré ne pas suivre les mesures d'intervention précises, car elle pensait que les PSSP en étaient responsables. Le responsable des services d'alimentation a déclaré que l'aide en diététique était chargée de connaître le régime alimentaire de la personne résidente conformément à son programme de soins provisoire, et que l'aide en diététique aurait donc dû effectuer la mesure d'intervention conformément à la définition de référence de l'Initiative internationale de normalisation des régimes alimentaires pour la dysphagie (International Dysphagia Diet Standardisation Initiative) relative à la texture du régime alimentaire. Le ou la Dt. P a déclaré que le personnel devait s'assurer que la mesure d'intervention était effectuée et qu'elle suivait la directive de référence de l'Initiative internationale de normalisation des régimes alimentaires pour la dysphagie (International Dysphagia Diet Standardisation Initiative) relative à la texture des régimes alimentaires. Une ou un IAA n'était pas au courant de l'exigence de taille spécifique selon la ligne directrice de l'Initiative internationale de normalisation des régimes alimentaires pour la dysphagie (International Dysphagia Diet Standardisation Initiative). Le ou la DSI a confirmé que la manière dont le personnel avait fourni la nourriture à la personne n'était pas acceptable, car elle ne respectait pas la texture du régime de la référence de l'Initiative internationale de normalisation des régimes alimentaires pour la dysphagie (International Dysphagia Diet Standardisation Initiative).

Le fait que le personnel n'ait pas fourni à la personne résidente la nourriture correspondant à la texture du régime selon la définition de référence de l'Initiative internationale de normalisation des régimes alimentaires pour la dysphagie (International Dysphagia Diet Standardisation Initiative) a exposé la personne résidente à un risque d'étouffement et de décès subséquent.

Sources : RCI n° 3031-000035-24, enregistrements vidéo des caméras de surveillance, référence de l'Initiative internationale de normalisation des régimes alimentaires pour la dysphagie (International Dysphagia Diet Standardisation Initiative) sur la texture du régime alimentaire, dossiers cliniques de la personne résidente, et entretiens avec le ou la DSI et d'autres membres du personnel.

[741672]

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 19 juillet 2024

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 002 Programme de prévention et de contrôle des infections

Problème de conformité n° 011 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

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

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

1. Rééduquer une PSSP sur la politique de protection des barrières du foyer (Barrier Protection Policy), et plus particulièrement sur le changement de gants entre les différentes tâches à effectuer pendant les soins aux personnes résidentes;
2. Rééduquer une ou un IAA à la politique d'hygiène des mains du foyer et aux quatre moments de l'hygiène des mains;
3. Effectuer des vérifications aléatoires pendant au moins trois semaines après la réception de cet ordre, afin de vérifier que la PSSP change de gants pendant les soins.
4. Tenir un registre des formations susmentionnées, y compris les dates, les noms et désignations du personnel, les présences signées, les sujets de formation, ainsi que le nom et le titre de la (des) personne(s) qui a (ont) dispensé la formation.
5. Tenir un registre des vérifications susmentionnées, y compris les dates et heures des audits, le(s) nom(s) de l'auditeur, les noms et désignations du personnel vérifié,

les résultats des vérifications et les mesures prises en réponse à ces résultats.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée, datée de septembre 2023, soit mise en œuvre en ce qui concerne l'utilisation inadéquate de l'équipement de protection individuelle (ÉPI) et l'hygiène des mains.

i) La norme de PCI pour les foyers de soins de longue durée indique, au point 9.1 (d), que les pratiques de base doivent faire l'utilisation adéquate de l'ÉPI, y compris le choix, le port, le retrait et l'élimination de façon appropriée; La politique de protection des barrières du foyer (Barrier Protection Policy) indique que les gants sont à usage unique et doivent être changés entre les tâches effectuées sur la même personne résidente ou entre les personnes résidentes.

Justification et résumé

Le directeur ou la directrice a reçu un RIC concernant une plainte de traitement inapproprié envers une personne résidente. L'examen des enregistrements vidéo des caméras de surveillance a montré qu'une PSSP n'avait changé de gants à aucun moment alors qu'elle prodiguait des soins à une personne résidente.

Le ou la responsable de la PCI et le ou la DASI ont tous deux confirmé que la pratique de la PSSP consistant à ne pas changer de gants entre les différentes tâches des soins n'était pas acceptable et qu'elle devait changer de gants après chaque tâche.

Le fait de ne pas changer de gants entre deux tâches au cours des soins prodigués à une personne résidente a exposé cette dernière à un risque d'infection.

Sources : RIC n° 3031-000019-24, notes d'enquête et enregistrements vidéo des caméras de surveillance, politique de protection des barrières du foyer (Barrier Protection Policy), entretiens avec le ou la DASI et le ou la responsable de la PCI.

[741672]

ii) La norme de PCI pour les foyers de soins de longue durée indique, à la section 9.1 (b), que les pratiques de base dans le programme de PCI, y compris l'hygiène des mains, mais sans s'y limiter, lors des quatre moments de l'hygiène des mains (avant

de toucher à la personne résidente ou à son environnement; avant une intervention aseptique; après un risque de contact avec du liquide organique, et après un contact avec la personne résidente ou son environnement) soient respectées.

Justification et résumé

À une date déterminée, une ou un IAA a été observé(e) en train d'administrer des médicaments à une personne résidente sans procéder à l'hygiène des mains avant et après l'administration des médicaments.

L'IAA a confirmé ne pas avoir procédé à l'hygiène des mains avant et après l'administration des médicaments à la personne résidente. Le ou la responsable de la PCI a déclaré que le personnel était censé respecter les quatre moments de l'hygiène des mains et qu'il y avait un risque de propagation d'infection à d'autres personnes résidentes lorsque l'hygiène des mains n'était pas effectuée.

Sources : observations et entretiens avec une ou un IAA et un ou une responsable de la PCI.

[740836]

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 19 juillet 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 la directrice 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 ou la directrice doit être présentée par écrit et signifiée au directeur ou à la directrice 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 ou la directrice 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

Si la signification se fait :

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
Waterloo (Ontario) M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

(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 ou de la directrice 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 ou la directrice et, aux fins d'un appel devant la CARSS, le directeur ou la directrice 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

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

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
Waterloo (Ontario) M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

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.