Ontario

Rapport d'inspection prévu par la
Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée

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, 4e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Rapport public

Date d'émission du rapport : 7 avril 2025
Numéro d'inspection : 2025-1048-0003
Type d'inspection : Incident critique Suivi
Titulaire de permis : Poranganel Holdings Limited
Foyer de soins de longue durée et ville : King City Lodge Nursing Home, King City

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : le 31 mars ainsi que du 1er au 3 et le 7 avril 2025.

L'inspection concernait :

- Une demande liée à l'ordre de conformité (OC) nº 007 de l'inspection nº 2024-1048-0002, paragraphe 102 (4) du Règl. de l'Ont. 246/22. Date d'échéance de mise en conformité : le 17 mars 2025.
- Une demande liée à l'administration de soins à une personne résidente de façon inappropriée.
- Une demande liée à l'éclosion d'une maladie.

Ordres de conformité délivrés antérieurement :

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

Ordre nº 007 de l'inspection nº 2024-1048-0002 en vertu du paragraphe 102 (4) du Règl. de l'Ont. 246/22

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, 4e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

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

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, 4e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes

Problème de conformité nº 001 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).
Non-respect : du paragraphe 54 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22
Prévention et gestion des chutes
Paragraphe 54 (1) Le programme de prévention et de gestion des chutes doit au minimum prévoir des stratégies visant à diminuer les chutes ou à en atténuer les effets, notamment par la surveillance des résidents, le réexamen des régimes médicamenteux des résidents, la mise en œuvre de méthodes axées sur les soins de rétablissement et l'utilisation d'équipement, de fournitures, d'appareils et d'accessoires fonctionnels. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 54 (1).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de prévention et de gestion des chutes du foyer prévoyant des stratégies visant à réduire ou à atténuer les chutes soit respecté relativement à une personne résidente.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que les politiques écrites élaborées pour le programme de prévention et de gestion des chutes soient respectées. Plus précisément, la politique de prévention des chutes du foyer indiquait que le personnel devait suivre les mesures préventives prévues par le programme de soins. Ces mesures comprenaient l'utilisation d'un équipement particulier.

Une personne résidente était agitée et a été menée dans une aire pour y être surveillée. La personne résidente a ensuite eu un incident et a été blessée. L'enquête a révélé que l'infirmière autorisée (IA) et la personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) n'avaient pas mis en œuvre une intervention

auprès de la personne résidente. En outre, le personnel n'était pas présent dans l'aire pour surveiller la personne résidente.

La directrice des soins cliniques et de la qualité a reconnu que le personnel devait s'assurer que la personne résidente bénéficiait de l'intervention dans le cadre de ses stratégies de prévention des chutes. Elle a également reconnu que le personnel aurait dû surveiller la personne résidente.

Sources : Dossier clinique de la personne résidente, rapport d'incident critique, politique relative au programme de prévention des chutes, entretien avec la directrice des soins cliniques et de la qualité.

AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes

Problème de conformité nº 002 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).
Non-respect : du paragraphe 54 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22
Prévention et gestion des chutes
Paragraphe 54 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le résident qui fait une chute fasse l'objet d'une évaluation et à ce qu'une évaluation postérieure à sa chute soit effectuée au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour les chutes. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 54 (2); Règl. de l'Ont. 66/23, art. 11.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une évaluation postérieure à une chute soit effectuée après la chute d'une personne résidente.

La politique de prévention des chutes du foyer indique qu'en cas de chute d'une personne résidente, le personnel autorisé doit effectuer une évaluation de la tête aux pieds de celle-ci avant de la déplacer. En outre, l'évaluation postérieure à une chute doit inclure un examen des signes de blessures graves et de lésions de

l'articulation de la hanche. La directrice des soins cliniques et de la qualité a signalé que l'IA n'avait pas évalué les blessures potentielles après la chute de la personne résidente avant de déplacer cette dernière.

Sources : Dossier clinique de la personne résidente, lettre disciplinaire de l'IA, politique relative au programme de prévention des chutes, rapport d'incident critique, entretien avec la directrice des soins cliniques et de la qualité.

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

Problème de conformité nº 003 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (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. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 102 (2).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le point f) de l'exigence supplémentaire 9.1 en matière de précautions supplémentaires de la *Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée* (révisée en septembre 2023) délivrée par le directeur soit respecté. En particulier, le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'équipement de protection individuelle (EPI) supplémentaire soit porté et retiré de manière appropriée.

Dans la chambre d'une personne résidente, une affiche indiquait que des précautions supplémentaires étaient en vigueur. Avant d'entrer dans la pièce, un membre du personnel qui portait déjà une pièce d'EPI en a enfilé deux autres. Après avoir revêtu le nouvel EPI, le membre du personnel a retiré l'EPI usagé sans changer

d'EPI après avoir touché la pièce d'EPI usagée, puis s'est rendu dans la chambre de la personne résidente.

La personne responsable de la PCI a reconnu que le personnel n'avait pas suivi la bonne séquence pour le port et le retrait de l'EPI.

Sources : Observations, entretien avec la personne responsable de la PCI.