

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 420

Ottawa, ON K1S 3J4

Téléphone : 877 779-5559

ottawadistrict.mlrc@ontario.ca

Rapport public original

Date de publication du rapport : 6 février 2023

Numéro d'inspection : 2022-1287-0001

Type d'inspection :

Plainte

Inspection dans le cadre du Système de rapport d'incidents critiques

Titulaire de permis : CVH (n° 4) LP CVH (no 4) LP par ses associés commandités, Southbridge Health Care GP Inc. et Southbridge Care Homes (société en commandite, par son associé commandité Southbridge Care Homes inc.)

Foyer de soins de longue durée et ville : Pinecrest (Plantagenet), Plantagenet

Inspectrice principale

Julienne Ngo Nloga (502)

Signature numérique de l'inspectrice

Julienne Ngo

Nloga

Signé numériquement par Julienne
Ngo Nloga

Date : 2023.02.06 09:17:43
-05'00'

Autres inspectrices ou inspecteurs

Laurie Marshall (742466)

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu aux dates suivantes :
les 13, 14, 17-21, 25, 27 et 28 octobre 2022.

Les rapports suivants ont été inspectés :

- Rapport : n° 00001885 [SIC : 2797-000012-21] concernant une erreur d'administration de médicaments.
- Rapport : n° 00002719 [SIC : 2797-000010-21] et n° 00002958, n° 0002958 (SIC : 2797-000009-21) et n° 0002719 [IC : 2797-000010-21], n° 00003028 (IC : 2797-000011-21), concernant les comportements d'une personne résidente à l'égard d'une autre personne résidente.
- Rapport : n° 00006104 concernant plusieurs préoccupations relatives à des soins.
- Rapport : n° 00007159 (SIC : n° 2797-000008-22) concernant une chute d'une personne résidente avec 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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 420

Ottawa, ON K1S 3J4

Téléphone : 877 779-5559

ottawadistrict.mlrc@ontario.ca

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

Prévention et gestion des soins de la peau et des plaies

Gestion de la douleur

Prévention et gestion des chutes

Comportements réactifs

Gestion des médicaments

Prévention des mauvais traitements et de la négligence

Prévention et contrôle des infections

Services de soins et de soutien aux personnes résidentes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Comportements réactifs

Avis écrit de non-conformité n° 001 aux termes de la LRSLD 2021, alinéa 154 (1) 1.

Non-respect du paragraphe 53 (4) du Règl. de l'Ont. 79/10

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que, pour deux personnes résidentes qui affichaient des comportements réactifs, a) les comportements déclencheurs de la personne résidente soient identifiés, dans la mesure du possible; b) des stratégies soient élaborées et mises en œuvre pour réagir à ces comportements, dans la mesure du possible; et c) des mesures soient prises pour répondre aux besoins de la personne résidente, notamment des évaluations, des réévaluations et des interventions, et à ce que les réactions de la personne résidente aux interventions soient documentées.

Justification et résumé

A) Les notes d'évolution d'une personne résidente en 2021 indiquaient qu'elle avait affiché des comportements déterminés envers une autre personne résidente. Le programme de soins de la personne résidente indiquait que la dernière révision avait été effectuée en 2020 et demandait au personnel de déplacer la personne résidente vers un endroit où il y avait moins de stimulus.

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 420

Ottawa, ON K1S 3J4

Téléphone : 877 779-5559

ottawadistrict.mlrc@ontario.ca

Un membre du personnel a indiqué que l'état de santé de la personne résidente s'était détérioré, et qu'elle dépendait du personnel pour tous ses besoins en soins. Le risque des comportements déterminés avait diminué. Lors d'entretiens distincts, trois membres du personnel ont reconnu que les programmes de soins n'avaient pas été réexaminés ni révisés depuis 2021, lorsque la personne résidente affichait les comportements déterminés envers d'autres personnes résidentes et le personnel.

Lorsque l'on ne réexamine et ne réévalue pas le programme de soins, il se peut que le personnel n'intervienne pas pour répondre aux besoins évalués de la personne résidente.

Sources : Notes d'évolution, programme de soins. Entretiens avec du personnel. [502]

B) Une personne résidente avait des antécédents de comportement déterminé envers d'autres personnes résidentes du foyer.

Les notes d'évolution de 2021 indiquaient que l'on avait trouvé la personne résidente en train d'afficher des comportements déterminés à l'égard d'une autre personne résidente, que et l'on avait mis en place des interventions.

Les notes du médecin en 2021 indiquaient que l'on avait modifié la médication de la personne résidente en raison de l'augmentation de ses comportements identifiés à l'égard d'autres personnes résidentes.

Le programme de soins de la personne résidente mentionnait d'autres comportements et documentait d'autres interventions pour remédier aux comportements en question lors d'interactions avec le personnel. On ne faisait pas mention d'interventions pour remédier aux comportements identifiés de la personne résidente à l'égard d'autres personnes résidentes ni de réévaluation de ces interventions lorsque les comportements ont continué de se manifester.

Des entretiens avec trois membres du personnel indiquaient que la personne résidente avait des antécédents de comportements identifiés à l'égard d'une autre personne résidente et du personnel. Les interventions se limitaient à rediriger ailleurs la personne résidente; on n'avait pas mis en place d'interventions spécifiques pour atténuer les comportements identifiés à l'égard d'autres personnes résidentes.

Parce que l'on n'a pas pris de mesures pour répondre aux besoins de la personne résidente et pour atténuer ses comportements réactifs envers d'autres personnes résidentes, la personne résidente concernée demeurait en danger d'être la cible des comportements identifiés de 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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 420

Ottawa, ON K1S 3J4

Téléphone : 877 779-5559

ottawadistrict.mlrc@ontario.ca

Sources : Notes d'évolution, notes du médecin, programme de soins. Entretien avec du personnel.
[742466]

AVIS ÉCRIT : Prévention des mauvais traitements et de la négligence**Avis écrit de non-conformité n° 002 aux termes de la LRSLD 2021, alinéa 154 (1) 1.**

Non-respect du paragraphe 24 (1) de la LRSLD 2021

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que des personnes résidentes fussent protégées contre des mauvais traitements et de la négligence de la part du personnel.

Justification et résumé :

A) Conformément à l'alinéa 2 (1) a) du Règl. de l'Ont. 246/22, « mauvais traitement d'ordre affectif » s'entend de gestes, actes, comportements ou remarques menaçants, insultants, intimidants ou humiliants et, notamment, de l'isolement social forcé, de l'ostracisme, du délaissement, du manque de reconnaissance ou de l'infantilisation de la part d'une personne autre qu'un résident.

Une personne résidente a déclaré qu'en septembre 2022 elle avait demandé de l'aide pour des soins à deux reprises distinctes pendant un poste de travail. Elle avait attendu une demi-heure pour la première demande et deux heures pour la seconde avant que deux membres du personnel lui prêtent assistance. Après les soins, le membre du personnel ne l'avait pas aidée à marcher pour revenir à son lit. La personne résidente a indiqué que les deux membres du personnel discutaient dans le couloir pendant qu'elle attendait d'avoir de l'aide.

La personne résidente a mentionné que ce n'était pas la première fois que le personnel ignorait sa demande d'aide. Elle a déclaré qu'elle évitait de boire quand les deux membres du personnel travaillaient, car elle craignait de ne pas pouvoir obtenir de l'aide pour les soins.

La personne résidente a indiqué qu'elle voulait déménager du foyer, car elle craignait de demander de l'aide, d'être ignorée et de ne pas obtenir des soins à temps.

L'administratrice ou l'administrateur, et la directrice régionale ou le directeur régional du ministère qui rend compte au titulaire de permis ont indiqué que les deux membres du personnel avaient négligé de fournir des soins à la personne résidente et que l'on avait mis fin à leur emploi.

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 420

Ottawa, ON K1S 3J4

Téléphone : 877 779-5559

ottawadistrict.mlrc@ontario.ca

Parce que l'on n'a pas répondu aux besoins de la personne résidente en matière de soins, cette dernière a subi des mauvais traitements d'ordre affectif en étant ignorée par le personnel quand elle demandait de l'aide.

Sources : Entretiens avec la personne résidente, l'administratrice ou l'administrateur, la directrice régionale ou le directeur régional du ministère qui rend compte au titulaire de permis. Notes d'enquête du foyer, déclarations du personnel, dossiers personnels de membres du personnel, notes d'évolution de la personne résidente et son programme de soins. [502]

B) Selon l'article 7 du Règl. de l'Ont. 246/22, « négligence » s'entend du défaut de fournir à un résident les traitements, les soins, les services ou l'aide nécessaires à sa santé, à sa sécurité ou à son bien-être. S'entend en outre d'une inaction ou d'une tendance à l'inaction qui compromet la santé, la sécurité ou le bien-être d'un ou de plusieurs résidents.

Une personne résidente a indiqué qu'en septembre 2022 un membre du personnel en fin de poste avait commencé de lui fournir des soins relatifs à l'élimination, et qu'elle avait attendu trois heures pour que le personnel de relève termine les soins. La personne résidente a déclaré qu'elle n'avait pas subi de blessure, mais qu'elle n'était pas à l'aise, car elle était fatiguée et somnolente.

Deux membres du personnel avaient transféré la personne résidente sur la chaise d'aisance à la fin de leur poste de travail, ils avaient indiqué aux deux autres membres du personnel qui prenaient leur poste que la personne résidente était assise sur la chaise d'aisance. Un troisième membre du personnel a reconnu être au courant que la personne résidente était sur la chaise d'aisance, et lui avoir dit qu'il la remettrait au lit lorsque le membre du personnel reviendrait de sa pause. Aucun effort n'a été fait pour appeler le membre du personnel pendant sa pause et l'on a laissé la personne résidente sur la chaise d'aisance pendant trois heures.

La directrice régionale ou le directeur régional du ministère qui rend compte au titulaire de permis a indiqué que les deux membres du personnel avaient fourni des soins inadéquats à la personne résidente et ne faisaient plus partie du foyer.

La personne résidente a été négligée et a reçu des soins inadéquats, car on l'avait laissée pendant près de trois heures sur la chaise d'aisance.

Sources : Déclaration écrite du personnel, enquête du foyer, rapport du SIC. Entretiens avec la personne résidente, l'administratrice ou l'administrateur et la directrice régionale ou le directeur régional du ministère qui rend compte au titulaire de permis. [502]

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 420

Ottawa, ON K1S 3J4

Téléphone : 877 779-5559

ottawadistrict.mlrc@ontario.ca

AVIS ÉCRIT : Prévention des mauvais traitements et de la négligence**Avis écrit de non-conformité n° 003 aux termes de la LRSLD 2021, alinéa 154 (1) 1.**

Non-respect du paragraphe 19 (1) de la LFSLD 2007, chap. 8

Le titulaire permis n'a pas protégé la personne résidente 003 contre des mauvais traitements d'ordre sexuel de la part de la personne résidente 002.

Selon la disposition 2 (1) 3 a) du Règl. de l'Ont. 79/10 « mauvais traitement d'ordre sexuel » s'entend soit d'attouchements, de comportements ou de remarques de nature sexuelle, consentuels ou non, ou d'une exploitation sexuelle dont un résident est victime de la part d'un titulaire de permis ou d'un membre du personnel.

Justification et résumé

Les notes d'évolution d'une personne résidente en 2021 mentionnaient deux épisodes au cours desquels on l'avait trouvée en train d'afficher des comportements d'attouchements de nature sexuelle non consentuels à l'égard d'une autre personne résidente. Quatre mois plus tard, on avait trouvé la personne résidente dans une aire de soins déterminée qui affichait le même comportement avec l'autre personne résidente.

Le programme de soins de la personne résidente n'indiquait pas d'objectif, de buts ou d'interventions relativement aux comportements d'attouchements de nature sexuelle non consentuels.

Trois membres du personnel ont indiqué que la personne résidente avait des antécédents de comportements d'attouchements de nature sexuelle non consentuels à l'égard de l'autre personne résidente et d'une autre personne résidente non identifiée.

Deux membres du personnel ont déclaré que la personne résidente avait des antécédents de comportements d'attouchements de nature sexuelle non consentuels à l'égard de l'autre personne résidente. Les membres du personnel ont dit que l'on avait fait des tentatives pour protéger l'autre personne résidente en réinstallant les deux personnes résidentes dans des aires différentes du foyer; en réorientant la personne résidente loin de l'autre personne résidente, et en gardant cette dernière avec du personnel lors des changements de poste et des repas afin de prévenir les tentatives de comportements d'attouchements de nature sexuelle non consentuels. L'autre personne résidente avait une déficience cognitive et dépendait du personnel pour la mobilité et les transferts.

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 420

Ottawa, ON K1S 3J4

Téléphone : 877 779-5559

ottawadistrict.mlrc@ontario.ca

Parce que l'on n'a pas empêché la personne résidente d'avoir continuellement des comportements d'attouchements de nature sexuelle non consensuels, l'autre personne résidente est demeurée en danger de subir les comportements en question de la part de la personne résidente jusqu'au décès de cette dernière, six mois après qu'elle avait manifesté les comportements pour la première fois.

Sources : Rapport d'incident critique, notes d'évolution, entretiens avec du personnel. [742466]

AVIS ÉCRIT : Administration des médicaments

Avis écrit de non-conformité n° 004 aux termes de la LRSLD 2021, alinéa 154 (1) 1.

Non-respect de l'alinéa 114 (3) a) du Règl. de l'Ont. 79/10

Le foyer a omis de mettre en œuvre des politiques relatives à la transcription des ordonnances médicales conformément aux pratiques couramment admises.

Justification et résumé

La transcription des ordonnances de médicaments destinés à une personne résidente n'avait pas été effectuée conformément à la politique du foyer pour ce qui concerne le *Medication Reconciliation Form for Best Possible Medication History* (formulaire de bilan comparatif des médicaments pour un meilleur schéma thérapeutique possible) en septembre 2021.

Un formulaire de rapport d'incident lié à des médicaments et d'analyse faisait état en 2021 d'erreurs de transcription d'ordonnances médicales en indiquant que « le formulaire utilisé pour mettre à jour le RAM n'était pas le bon ».

Les notes d'évolution de septembre 2021 indiquaient que « les prescriptions de la personne résidente lors de son admission contenaient trois erreurs ».

Un membre du personnel a indiqué avoir vérifié, en qualité d'infirmière ou d'infirmier de soins secondaires, l'information figurant sur les ordonnances lors de l'admission. Un second membre du personnel a déclaré avoir, d'une part, découvert l'erreur de transcription relative aux ordonnances médicales, et d'autre part rédigé le rapport d'incident, contacté le médecin et obtenu de nouvelles ordonnances médicales.

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 420

Ottawa, ON K1S 3J4

Téléphone : 877 779-5559

ottawadistrict.mlrc@ontario.ca

Un examen des ordonnances médicales a révélé que le bilan comparatif des médicaments n'avait pas été respecté conformément à la politique. Les trois erreurs de transcription d'ordonnances médicales ont eu lieu lors du bilan comparatif des médicaments au moment de l'admission de la personne résidente. Le premier médicament n'était pas prescrit lors de sa réadmission; le deuxième médicament n'était pas transcrit dans le registre d'administration des médicaments (RAM), et le troisième médicament n'était pas transcrit conformément aux directives relatives au titrage de la dose au moment du congé. Parce que l'on n'avait pas respecté la politique du foyer relative à la transcription des ordonnances médicales, la personne résidente a reçu un médicament qui n'était pas prescrit, et cela aurait pu provoquer des réactions indésirables au médicament.

Sources : Politique relative aux médicaments, rapport d'incident lié à des médicaments, RAM, notes d'évolution, ordonnance du médecin et entretien avec deux membres du personnel.

[742466]

AVIS ÉCRIT : Administration des médicaments

Avis écrit de non-conformité n° 005 aux termes de la LRSLD 2021, alinéa 154 (1) 1.

Non-respect du paragraphe 131 (1) du Règl. de l'Ont. 79/10

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'aucun médicament ne soit utilisé par une personne résidente du foyer ou ne lui soit administré, à moins que le médicament ne lui ait été prescrit.

Justification et résumé

L'ordonnance du médecin indiquait que l'on n'avait pas prescrit un médicament déterminé à la personne résidente.

Le registre d'administration des médicaments (RAM) indique qu'un membre du personnel a administré une dose du médicament déterminé pendant deux jours en septembre 2021.

Lors d'un entretien, le membre du personnel a déclaré d'une part avoir découvert l'erreur de transcription des ordonnances médicales, et d'autre part avoir rédigé le rapport d'incident, contacté le médecin et obtenu de nouvelles ordonnances médicales.

Ainsi, on avait administré un médicament non prescrit à la personne résidente, et elle avait couru le risque de subir des réactions indésirables au médicament.

Sources : Ordonnances du médecin, RAM, rapport d'incident critique, entretien avec un membre du personnel. [742466]

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 420

Ottawa, ON K1S 3J4

Téléphone : 877 779-5559

ottawadistrict.mlrc@ontario.ca

AVIS ÉCRIT : Évaluation de la peau et des plaies**Avis écrit de non-conformité n° 006 aux termes de la LRSLD 2021, alinéa 154 (1) 1.**

Non-respect de l'alinéa 50 (2) b) du Règl. de l'Ont. 79/10

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que la personne résidente 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, (1) 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, et (ii) reçoive un traitement et subisse des interventions immédiatement pour réduire ou éliminer la douleur, favoriser la guérison et prévenir l'infection, selon ce qui est nécessaire.

Justification et résumé

Les notes d'évolution indiquaient qu'une personne résidente avait des antécédents d'état pathologique déterminé. Un jour de 2021, la personne résidente a subi des altérations de l'intégrité épidermique déterminées qui étaient sensibles au toucher à deux endroits du corps. Du 1^{er} au 7^e jour, la personne résidente a continué d'avoir une altération de l'intégrité épidermique à deux endroits du corps.

Le minimum de données standardisées (MDS) de la personne résidente indiquait d'une part la présence de deux altérations de l'intégrité épidermique sur son corps, et d'autre part que le personnel devait surveiller et signaler tout changement à une infirmière ou à un infirmier. Le programme de soins de la personne résidente ne mentionnait pas d'objectif, de buts ou d'interventions concernant les signes d'altération de son intégrité épidermique.

Un membre du personnel a indiqué que la personne résidente avait été admise avec un état pathologique déterminé. Elle se frottait les jambes contre un fauteuil, ce qui avait provoqué une déchirure de la peau. Du 1^{er} au 7^e jour, la personne résidente a eu des altérations de l'intégrité épidermique à l'un des endroits du corps. Le 7^e jour, le foyer n'a pas donné suite à la demande de la famille pour transporter immédiatement la personne résidente à l'hôpital, on avait mis des pansements, mais une lésion avait continué de se détériorer même avec l'application de pansements, et cela avait entraîné d'autres complications liées à une déchirure de la peau et à une infection. Le 9^e jour, un membre du personnel a remarqué une augmentation de la déchirure de la peau à un endroit du corps avec une nouvelle apparition de symptômes déterminés; cette situation avait donné lieu au transfert de la personne résidente à un hôpital pour effectuer une évaluation approfondie. La personne résidente était revenue au foyer 22 jours plus tard et avait une déchirure de la peau à quatre autres endroits du corps.

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 420

Ottawa, ON K1S 3J4

Téléphone : 877 779-5559

ottawadistrict.mlrc@ontario.ca

Parce qu'on n'avait pas effectué d'évaluations de la peau pendant trois semaines en 2021, les interventions de soins pour les plaies n'ont pas été révisées lorsque l'état de santé de la personne résidente a continué de se détériorer et a ultérieurement abouti à son transfert à l'hôpital.

Sources : dossier d'évaluation de la peau et des plaies, notes d'évolution, MDS, programme de soins et dossier électronique sur l'administration des traitements. Rapport de vérification de la documentation. Entretien avec un membre du personnel. [502].

AVIS ÉCRIT : Politique de prévention des mauvais traitements et de la négligence

Avis écrit de non-conformité n° 007 aux termes de la LRSLD 2021, alinéa 154 (1) 1.

Non-respect de l'article 98 du Règl. de l'Ont. 79/10

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que le corps de police concerné fût immédiatement avisé d'un incident allégué de mauvais traitements envers les personnes résidentes, incident que le personnel avait observé.

Justification et résumé

En 2021, on a observé une personne résidente qui affichait des comportements d'attouchements de nature sexuelle non consentis à l'égard d'une autre personne résidente.

Le rapport du Système de rapport d'incidents critiques et un entretien avec un membre du personnel ont indiqué que la police n'avait pas été avisée.

En ne signalant pas à la police l'incident allégué de mauvais traitement d'ordre sexuel, le foyer ne s'était pas conformé aux dispositions législatives.

Sources : Notes d'évolution, Système de rapport d'incidents critiques. Entretien avec un membre du personnel. [742466]

AVIS ÉCRIT : Prévention et contrôle des infections

Avis écrit de non-conformité n° 008 aux termes de la LRSLD 2021, alinéa 154 (1) 1.

Non-respect de l'alinéa 102 (2) b) 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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 420

Ottawa, ON K1S 3J4

Téléphone : 877 779-5559

ottawadistrict.mlrc@ontario.ca

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

A) Conformément à l'exigence supplémentaire aux termes de la disposition 9.1 d) de la Norme, le titulaire de permis n'a pas veillé à se conformer, dans le cadre du programme de PCI, à l'utilisation adéquate de l'EPI, y compris le choix, le port, le retrait et l'élimination de façon appropriée.

Justification et résumé

L'inspectrice a observé en 2022 un membre du personnel qui fournissait des soins à une personne résidente sans porter d'équipement de protection individuelle (EPI). La personne résidente faisait l'objet de précautions contre la transmission par contact pour une infection déterminée. Quatre jours plus tard, l'inspectrice a observé un autre membre du personnel qui fournissait des soins à une autre personne résidente qui faisait l'objet de précautions contre la transmission par contact pour une infection déterminée. Un écriteau avisant des précautions contre la transmission par contact était affiché à la porte de chaque personne résidente.

Les deux membres du personnel ont indiqué être au courant qu'ils devraient porter l'EPI avant de fournir des soins à toute personne résidente qui faisait l'objet de précautions contre la transmission par contact. Ils n'avaient pas fait attention à l'écriteau de lutte contre les infections avant d'entrer dans la chambre de la personne résidente, et ils ignoraient donc absolument que la personne résidente nécessitait des précautions contre la transmission par contact pendant la fourniture des soins.

La ou le responsable de la PCI a indiqué que l'on avait fourni au personnel une liste des personnes résidentes avec un codage par couleur pour déterminer les précautions supplémentaires requises pour chaque personne résidente. En outre, quotidiennement lors des changements de poste, on discutait de l'écriteau de lutte contre les infections aux portes d'entrée des chambres des personnes résidentes, et des modifications quotidiennes en matière de prévention et de contrôle des infections.

Parce que du personnel ne portait pas un équipement de protection individuelle adéquat, les personnes résidentes ont été exposées à une contamination croisée.

Sources : Observation de l'inspectrice, écriteau de lutte contre les infections, liste des personnes résidentes avec codage par couleur. Entretiens avec deux membres du personnel, et avec la ou le responsable de la PCI. [502]

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 420

Ottawa, ON K1S 3J4

Téléphone : 877 779-5559

ottawadistrict.mlrc@ontario.ca

B) Le titulaire permis met en œuvre les normes ou les protocoles que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections.

Conformément à l'exigence de précaution supplémentaire à la disposition 10.4 h), le titulaire de permis a omis de veiller à ce que l'on offre un soutien aux personnes résidentes pour pratiquer l'hygiène des mains avant les collations.

L'inspectrice a remarqué que le personnel n'aidait pas les personnes résidentes à pratiquer l'hygiène des mains avant de servir des collations lors de deux journées différentes en 2022. Deux membres du personnel ont indiqué que l'on ne pratiquait pas l'hygiène des mains parce que les personnes résidentes étaient dans leur propre environnement.

La ou le responsable de la PCI a indiqué que l'habitude consistait à offrir de pratiquer l'hygiène des mains avant et après les repas à l'aide d'un désinfectant pour les mains à base d'alcool (DMBA) et que l'on avait communiqué ce point au personnel. La ou le responsable de la PCI a reconnu que cette situation a été mentionnée lors des vérifications d'auto-évaluation et que l'on continue de s'efforcer de souligner l'importance de l'hygiène des mains avant les repas et les collations.

Ne pas aider les personnes résidentes à pratiquer l'hygiène des mains les exposait à un risque de contamination croisée.

Sources : Observation de l'inspectrice. Entretien avec deux membres du personnel, et avec la ou le responsable de la PCI. [502]

C) Le titulaire permis doit mettre en œuvre les normes ou les protocoles que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections.

Conformément à la précaution supplémentaire énoncée à la disposition 9. (1) e) (i) de la Norme, le titulaire de permis veille à ce que l'on se conforme aux pratiques de base et aux précautions supplémentaires dans le programme de PCI; au minimum, les pratiques de base doivent comporter l'utilisation des contrôles de l'environnement, y compris, mais non exclusivement, l'emplacement/le placement de l'équipement des personnes résidentes et le nettoyage.

On a observé un membre du personnel qui ne désinfectait pas son équipement déterminé entre des soins à deux personnes résidentes. La première personne résidente était en isolement en raison d'une infection déterminée, et la deuxième ne faisait l'objet d'aucune précaution supplémentaire.

Le membre du personnel a indiqué ne pas avoir fait attention à l'écriteau de lutte contre les infections avant d'entrer dans la chambre de la personne résidente, il a donc oublié de désinfecter son équipement.

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 420

Ottawa, ON K1S 3J4

Téléphone : 877 779-5559

ottawadistrict.mlrc@ontario.ca

La ou le responsable de la PCI a indiqué d'une part que lorsqu'on fait faire de l'exercice à une personne résidente et qu'on la touche physiquement cela constituait un soin direct, et d'autre part que le personnel devrait se conformer aux directives de lutte contre les infections et désinfecter son équipement qui était utilisé pour les deux personnes résidentes. Parce que le personnel ne portait pas l'EPI adéquat, les personnes résidentes ont couru le risque d'être touchées par une contamination croisée.

Sources : Observations. Entretien avec une ou un aide-physiothérapeute et la ou le responsable de la PCI. [502]

AVIS ÉCRIT : Transfert sécuritaire**Avis écrit de non-conformité n° 009 aux termes de la LRSLD 2021, alinéa 154 (1) 1.**

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

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que les membres du personnel utilisent des appareils ou des techniques de transfert et de changement de position sécuritaires lorsqu'ils aident des personnes résidentes.

Justification et résumé

En 2022, l'inspectrice a observé un membre du personnel qui effectuait le transfert d'une personne résidente du lit à un fauteuil roulant à l'aide d'un lève-personne mécanique, sans l'assistance d'un deuxième membre du personnel. Le programme de soins de la personne résidente indiquait qu'elle nécessitait une assistance totale et l'utilisation d'un lève-personne mécanique.

La marche à suivre du foyer concernant la façon de déplacer des personnes résidentes indique au personnel de ne pas poursuivre l'utilisation d'un lève-personne si l'on constate que l'équipement, l'environnement, et la disponibilité du personnel ou de la personne résidente constituent un problème.

La personne résidente a indiqué que ce n'était pas la première fois qu'elle était transférée par un seul membre du personnel, que cela se produisait pendant les postes de travail au cours desquels il y avait une pénurie de personnel. Le membre du personnel a indiqué avoir transféré la personne résidente sans assistance, car il manquait trois membres du personnel. On ne lui avait pas donné la directive de transférer la personne résidente sans assistance.

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 420

Ottawa, ON K1S 3J4

Téléphone : 877 779-5559

ottawadistrict.mlrc@ontario.ca

L'administratrice ou l'administrateur et la directrice régionale ou le directeur régional du ministère qui rend compte au titulaire de permis ont indiqué que tous les transferts par lève-personne nécessitaient l'assistance de deux membres du personnel, et que l'on avait ordonné aux membres du personnel de faire appel à un membre du personnel infirmier autorisé ou du personnel d'encadrement si un autre membre du personnel n'était pas disponible pour aider à faire le transfert.

En transférant la personne résidente sans assistance avec un lève-personne mécanique, le membre du personnel lui a fait courir le risque de faire une chute et de se blesser.

Sources : Levage sécuritaire en contexte de soins, programme de soins, observation, entretien avec une PSSP, avec l'administratrice ou l'administrateur, et la directrice régionale ou le directeur régional du ministère qui rend compte au titulaire de permis.

AVIS ÉCRIT : Entretien ménager**Avis écrit de non-conformité n° 010 aux termes de la LRSLD 2021, alinéa 154 (1) 1.**

Non-respect de l'alinéa 93 (2) a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Le titulaire de permis a omis de respecter les marches à suivre écrites visant le nettoyage des chambres à coucher des personnes résidentes.

En particulier, le titulaire de permis n'a pas respecté la marche à suivre du foyer intitulée *Isolation Room Cleaning Procedure #HL-05-0118* (marche à suivre n° HL-05-0118 — nettoyage des chambres d'isolement), révisée en janvier 2022 et qui fait partie du programme structuré d'entretien ménager.

Justification et résumé

La politique du foyer indique au personnel de nettoyer les chambres d'isolement en dernier afin de réduire le risque de contamination croisée. Lors de deux journées distinctes en 2022, on a observé un membre du personnel de l'entretien ménager qui nettoyait les chambres des personnes résidentes, une après l'autre, y compris celles qui avaient un écriteau de précautions contre la transmission par contact, en commençant par l'extrémité du couloir.

Un membre du personnel a indiqué avoir commencé de nettoyer la dernière chambre donnant sur le couloir et avoir continué, une chambre après l'autre. Le membre du personnel changeait l'eau souillée après avoir nettoyé deux à trois chambres de personnes résidentes, ou bien si la chambre était très sale ou souillée d'urine.

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 420

Ottawa, ON K1S 3J4

Téléphone : 877 779-5559

ottawadistrict.mlrc@ontario.ca

Lors d'un entretien conjoint, la ou le responsable de la PCI et son homologue ministériel qui rend compte au titulaire de permis ont indiqué que le personnel était censé nettoyer en premier les chambres qui n'étaient pas en isolement, puis les chambres d'isolement en dernier, et que ce point avait été communiqué aux membres du personnel pendant leur orientation.

En ne respectant pas la marche à suivre du foyer en matière de nettoyage, le personnel de l'entretien ménager accroît le risque de contamination croisée entre les chambres.

Sources : Observation de l'inspectrice. Marche à suivre intitulée *Isolation Room Cleaning Procedure #HL-05-0118* (marche à suivre n° HL-05-0118 — nettoyage des chambres d'isolement). Entretien avec du personnel, avec la ou le responsable de la PCI et son homologue ministériel qui rend compte au titulaire de permis. [502]