

**Ministère des Soins de longue
durée**

Division des opérations relatives aux
soins de longue durée Direction de
l'inspection des foyers de soins de

District du Centre-Est

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

Rapport public initial

Date d'émission du rapport : 25 avril 2024

Numéro d'inspection : 2024-1022-0001

Type

d'inspection :

Plainte d'incident
critique

Titulaire de permis : ATK Care inc.

Foyer de soins de longue durée et ville : River Glen Haven Nursing Home,
Sutton West

**Inspectrice principale/Inspecteur
principal**

Vernon Abellera (741751)

**Signature numérique de
l'inspectrice/Signature numérique de
l'inspecteur**

Vernon N Abellera

Signature numérique de Vernon N
Abellera
Date : 2024.05.13 06:43:58 -04'00'

Autres inspectrices ou inspecteurs

Iqbal Kalsi (743139)

Moses Neelam (762) était présent lors de l'inspection.

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 19 au 22, 25 et 26 mars 2024

L'inspection concernait :

- Un dossier relatif à une allégation de mauvais traitement d'ordre physique.
- Un dossier de plainte a été déposé relatif à l'approvisionnement en eau chaude.
- Un dossier relatif à un risque environnemental. Deux dossiers relatifs à une éclosion.

**Ministère des Soins de longue
durée**

Division des opérations relatives aux
soins de longue durée Direction de
l'inspection des foyers de soins de

District du Centre-Est

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

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

- Services d'entretien ménager, de buanderie et de maintenance
- Foyer sûr et sécuritaire
- Prévention et contrôle des infections
- Prévention des mauvais traitements et de négligence

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

Non-respect rectifié

Le **non-respect** d'une exigence a été constaté lors de cette inspection, mais le titulaire de permis l'a **rectifié** avant l'issue de l'inspection. L'inspecteur est satisfait que le non-respect fût conforme au paragraphe 154 (2) et ne nécessitait aucune autre mesure à prendre.

Non-respect n° 001 rectifié conformément aux termes du paragraphe 154 (2) de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 20 (b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Système de communication bilatérale

Article 20 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer soit doté d'un système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel qui réunit les conditions suivantes :

(b) il est sous tension en tout temps;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer soit équipé d'un système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et les membres du personnel qui fonctionne en permanence, en particulier dans la salle de bain du premier étage.

Justification et résumé

Un incident critique (IC) a été soumis au directeur, indiquant que le système de sonnette d'appel ne fonctionnait pas pendant une certaine période. L'inspecteur n° 743139 et le spécialiste de la formation n° 762 ont constaté que le système de sonnette d'appel du premier étage ne fonctionnait pas. L'infirmière auxiliaire

**Ministère des Soins de longue
durée**

Division des opérations relatives aux
soins de longue durée Direction de
l'inspection des foyers de soins de

District du Centre-Est

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

autorisée (IAA) a confirmé que la sonnette d'appel ne fonctionnait pas et que deux membres du personnel étaient toujours présents pendant le bain et la douche des personnes résidentes. Les inspecteurs n° 743139 et n° 741751 ont ensuite constaté que la sonnette d'appel fonctionnait. L'administrateur a confirmé que le système de sonnette d'appel avait été réparé et que le risque pour les personnes résidentes était minime.

Sources : Observations, entrevue avec l'administrateur et l'IAA n° 110 [743139]

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : 20 mars 2024

AVIS ÉCRIT : Services d'entretien

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

Non-respect de : l'alinéa 96 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Services d'entretien par.

96 (2) Le titulaire de permis veille à ce que soient élaborées et mises en œuvre des marches à suivre qui garantissent ce qui suit :

(b) l'équipement, les appareils, les appareils fonctionnels et les aides pour changer de position au foyer sont maintenus en bon état, à l'exception des appareils d'aide personnelle ou de l'équipement des résidents;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des procédures d'entretien des sonnettes d'appel soient mises en œuvre pour garantir que tous les équipements du foyer sont maintenus en bon état,

Justification et résumé

Un IC a été soumis au directeur indiquant que le système de sonnette d'appel ne fonctionnait pas. La politique de l'établissement de SLD en matière de sonnette d'appel indique que des vérifications doivent être effectuées tous les mois pour les éléments suivants : Vérifier que tous les cordons d'appel sont en place, vérifier l'audibilité du système, remplacer les composants défectueux si nécessaire et vérifier le fonctionnement des éléments suivants : Lampes, panneau de contrôle, panneau(x) de commande à distance, panneaux d'affichage dans les couloirs,

**Ministère des Soins de longue
durée**

Division des opérations relatives aux
soins de longue durée Direction de
l'inspection des foyers de soins de

District du Centre-Est

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

dôme, lampes, lampes de zone, dispositifs de déclenchement, dispositifs sonores. De plus, les registres d'entretien ont été examinés sur une certaine période, et aucun renseignement sur la sonnette d'appel, conformément à la politique de la sonnette d'appel, n'a été inclus. Le compte rendu de la réunion de gestion indique que la documentation relative aux systèmes de sonnettes d'appel, telle que requise par la politique, n'a pas été respectée. Lors d'une entrevue, l'administrateur a confirmé que la politique n'était pas mise en œuvre.

Le risque était minime, car l'administrateur a indiqué que les contrôles étaient effectués de manière informelle.

Sources : Politique en matière de sonnette d'appel, registres d'entretien et entrevue avec l'administrateur [743139]

AVIS ÉCRIT : Substances dangereuses

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

Non-respect de : l'article 97 du Règl. de l'Ont. 246/22

Substances dangereuses

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que toutes les substances dangereuses présentes dans le foyer restent inaccessibles aux personnes résidentes en tout temps.

Justification et résumé

L'inspecteur n° 741751 a constaté que la porte d'une salle d'eau n'était pas verrouillée et qu'elle était laissée ouverte sans surveillance du personnel. Les salles d'eau étaient toutes équipées de désinfectant, de shampooing, de sous-vêtements et d'autres produits d'hygiène personnelle, tous accessibles.

L'incident s'est produit lorsque les deux contractants chargés de réparer 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

District du Centre-Est

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

sonnette d'appel dans la salle d'eau du premier étage ont laissé la porte ouverte pour voir l'autre zone au deuxième étage.

L'infirmière autorisée (IA) a confirmé que les salles d'eau devaient toujours être fermées lorsqu'elles n'étaient pas surveillées. L'IA a procédé à la fermeture de la porte de la salle d'eau.

La personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) a indiqué qu'il y avait un risque d'ingestion de matières dangereuses si la porte était laissée ouverte et sans surveillance.

Le directeur des services environnementaux s'est entretenu avec le contractant et a déclaré qu'il y avait un risque pour les personnes résidentes lorsque les salles de douche contenant des articles personnels n'étaient pas fermées à clé et que des articles dangereux étaient accessibles aux personnes résidentes.

Par conséquent, les personnes résidentes risquaient d'entrer dans la salle de douche, qui contenait des substances et des objets potentiellement dangereux.

Sources : Observations; entrevues avec le PSSP n° 110, l'IA n° 102 et le directeur des services environnementaux. [741751]

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

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

Non-respect de : l'alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programme de prévention et de contrôle des infections

Alinéa 102 (2) b) Le titulaire de permis met en œuvre ce qui suit :

les normes ou protocoles que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections. par. 102 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les pratiques de routine et les précautions additionnelles soient respectées dans le cadre du programme 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

District du Centre-Est

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

prévention des infections, conformément à la « Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée, avril 2022 » (Norme PCI).

Plus précisément, le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les exigences supplémentaires en matière d'EPI, y compris le choix, l'application, le retrait et l'élimination appropriés de l'équipement, soient respectées dans le cadre du programme PCI, comme l'exige l'exigence supplémentaire 9.1 Précautions supplémentaires (f) de la norme PCI.

Justification et résumé :

L'inspecteur n° 741751 a effectué la vérification de la PCI. Une PSSP se trouvait dans la chambre d'un personne résidente, qui faisait l'objet de précautions supplémentaires, et devait porter un équipement de protection individuelle (EPI). Il a été constaté que la PSSP ne portait pas l'EPI approprié lorsqu'elle prodiguait des soins à la personne résidente, comme l'exigeait l'affiche sur l'EPI apposée sur la porte.

Le rapport de synthèse du bâtiment indique que le personne résidente fait actuellement l'objet de précautions supplémentaires.

La PSSP a confirmé qu'elle n'avait pas utilisé l'EPI approprié pour aider le personne résidente au moment de l'observation.

Le responsable de la PCI a confirmé que le membre du personnel devait respecter le panneau de précautions supplémentaires et porter l'EPI approprié lorsqu'il prodiguait des soins à la personne résidente. Le fait de ne pas porter l'EPI approprié pendant la période de précaution renforcée pour les personnes résidentes a augmenté le risque de propagation d'infection dans le foyer.

Sources : Observations, rapport de synthèse sur le bâtiment, entrevues avec la PSSP n° 109 et le responsable de la PCI [741751]

AVIS ÉCRIT : Avis : police

**Ministère des Soins de longue
durée**

Division des opérations relatives aux
soins de longue durée Direction de
l'inspection des foyers de soins de

District du Centre-Est

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

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

Non-respect de : l'article 105 du Règl. de l'Ont. 246/22

Avis : police

Article 105 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce
que le corps de police concerné soit immédiatement avisé de tout incident allégué,
soupçonné ou observé de mauvais traitements ou de négligence envers un
résident s'il soupçonne que l'incident constitue une infraction criminelle.

par. 105, 390 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le service de police approprié soit
immédiatement informé d'un incident de mauvais traitement d'ordre physique
d'une personne résidente dont il a été témoin et dont il soupçonne qu'il pourrait
constituer une infraction criminelle.

Justification et résumé

Un rapport d'incident critique a été transmis au directeur concernant des
allégations de mauvais traitements infligés à une personne résidente par un PSSP,
sans qu'il en ait été témoin.

L'incident s'est produit lorsque la personne résidente a présenté des comportements
réactifs alors qu'elle prenait sa douche. La PSSP a rapidement déclenché un code
blanc pour désamorcer la situation. Une blessure a été observée sur les extrémités
supérieures de la personne résidente, et il a été allégué que la PSSP était la cause de
la blessure. Aucun document n'indique que les services de police ont été contactés.

L'administrateur a confirmé que la police n'avait pas été appelée lorsqu'il a eu
connaissance de l'incident.

Le fait de ne pas s'assurer que le service de police approprié soit informé, en cas
d'allégation de mauvais traitement pourrait potentiellement augmenter le risque
de récurrence au sein du foyer.

Sources : Dossiers médicaux électroniques de la personne résidente, notes

**Ministère des Soins de longue
durée**

Division des opérations relatives aux
soins de longue durée Direction de
l'inspection des foyers de soins de

District du Centre-Est

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

d'enquête, IC et entrevue avec l'administrateur. [741751]