

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District de Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage

Toronto (Ontario) M2M 4K5

Téléphone : 866 311-8002

Rapport public original

Date d'émission du rapport : 17 juillet 2024

Numéro d'inspection : 2024-1453-0002

Type d'inspection :

Plainte

Système de rapport d'incidents critiques

Titulaire de permis : Broadview Foundation

Foyer de soins de longue durée et ville : Chester Village (Toronto)

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 2 au 5 et du 8 au 10 juillet 2024.

Les inspections concernaient :

- Les registres n° 00110140-Incident critique (IC) 2970-000004-24 et n° 00112667-IC n° 2970-000010-24 étaient liés à la prévention et à la gestion des chutes.
- Le registre n° 00114744/IC n° 2970-000011-24 était lié à la prévention et au contrôle des infections
- Les registres relatifs aux plaintes n°s 00112129, 00112828, 00112880, 00116439 et 00115767 étaient liés à la sûreté et la sécurité, aux soins et aux services aux personnes résidentes, à la gestion de la peau et des plaies et à la prévention et au contrôle des infections.

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

Soins aux résidents et services de soutien

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District de Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage

Toronto (Ontario) M2M 4K5

Téléphone : 866 311-8002

Prévention et gestion de la peau et des plaies

Foyer sûr et sécurisé

Prévention et contrôle de l'infection

Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

Non-conformité remédiée

Une **non-conformité** a été constatée au cours de cette inspection et le titulaire de permis y a **remédié** avant la conclusion de l'inspection. L'inspectrice ou l'inspecteur était convaincu(e) que la non-conformité respectait l'intention du paragraphe 154 (2) et n'exige aucune autre mesure.

Problème de conformité n° 001 remédié aux termes du paragraphe 154(2) 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 qu'une bouteille d'une substance spécifiée reste hors de la portée des personnes résidentes en tout temps.

Justification et résumé

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District de Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage

Toronto (Ontario) M2M 4K5

Téléphone : 866 311-8002

Au cours d'une observation, une bouteille contenant une substance précise a été observée sur un chariot à l'extérieur de la chambre d'une personne résidente. La zone était sans surveillance.

L'IAA a confirmé que la bouteille contenant la substance spécifiée aurait dû être gardée à un endroit hors de la portée des personnes résidentes pour leur sécurité et a immédiatement retiré la bouteille.

Le manquement à entreposer correctement la bouteille avec la substance spécifiée et à la garder hors de portée des personnes résidentes les a exposées à un risque de préjudice.

Sources : Observations, entrevue avec l'IAA.

[000825]

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : 10 juillet 2024

AVIS ÉCRIT : LRSLD (2021), alinéa 6 (4) b) Intégration des évaluations aux soins

Problème de conformité n° 002 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de l'alinéa 6 (4) b) de la LRSLD (2021)

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 Toronto5700, rue Yonge, 5^e étage

Toronto (Ontario) M2M 4K5

Téléphone : 866 311-8002

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 de la personne résidente collaborent ensemble à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de soins relativement aux chutes du résident et aux interventions de mobilité de sorte que les différents aspects des soins s'intègrent les uns aux autres, soient compatibles les uns avec les autres et se complètent.

Justification et résumé

Le programme de soins de la personne résidente indiquait que son appareil fonctionnel devait être verrouillé à côté du lit lorsqu'elle était au lit. Au cours des observations, il a été noté que l'appareil fonctionnel de la personne résidente se trouvait dans les toilettes. La PSSP a signalé que la personne résidente avait demandé ce changement et qu'elle avait signalé cette demande à l'IAA. L'IAA a déclaré que personne ne lui avait signalé que l'appareil fonctionnel de la personne résidente serait conservé dans les toilettes ou à côté de son lit.

La ou le physiothérapeute a signalé que les appareils fonctionnels devraient être à côté du lit, mais elle ou il n'a pas communiqué cela au personnel chargé des soins directs.

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District de Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage

Toronto (Ontario) M2M 4K5

Téléphone : 866 311-8002

Le fait que le personnel n'ait pas collaboré à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de soins de la personne résidente a entraîné une prestation incohérente des soins de la personne résidente et a accru le risque de chutes.

Sources : programme de soins de la personne résidente, observations, entrevues avec la PSSP et d'autres membres du personnel concernés.

[000825]

AVIS ÉCRIT : LRSLD (2021), paragraphe 6 (7) Obligation du titulaire de permis de se conformer au programme

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

Non-respect du paragraphe 6 (7) de la LRSLD (2021)

Programme de soins

Paragraphe 6 (7) Le titulaire de permis veille à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis au résident, tel que le précise le programme.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis à la personne résidente tel que le précise le programme.

Justification et résumé

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 Toronto5700, rue Yonge, 5^e étage

Toronto (Ontario) M2M 4K5

Téléphone : 866 311-8002

Le programme de soins de la personne résidente indiquait que son appareil fonctionnel devait être verrouillé à côté de son lit lorsqu'elle était au lit. Au cours d'une observation, il a été noté que l'appareil fonctionnel de la personne résidente se trouvait dans les toilettes.

La ou le responsable des chutes a confirmé que l'appareil fonctionnel devrait être gardé à côté du lit de la personne résidente.

Le manquement à laisser l'appareil fonctionnel à côté du lit de la personne résidente lorsqu'elle est au lit, comme précisé par le programme de soins, a exposé la personne résidente à un risque accru de chutes.

Sources : Observations, programme de soins de la personne résidente, entrevues avec la PSSP et d'autres membres du personnel concernés.

[000825]

**AVIS ÉCRIT : Paragraphe 54 (1) Prévention et gestion des chutes
du Règl. de l'Ont. 246/22, conformément à l'alinéa 11 (1) b)
Respect des politiques et dossiers du Règl. de l'Ont. 246/22**

Problème de conformité n° 004 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect du paragraphe 54(1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Prévention et gestion des chutes

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 Toronto5700, rue Yonge, 5^e étage

Toronto (Ontario) M2M 4K5

Téléphone : 866 311-8002

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 respecté ses stratégies visant à réduire ou à atténuer les chutes spécifiquement liées à son programme Falling Star.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis est tenu de s'assurer qu'il existe des stratégies pour réduire les chutes ou en atténuer les effets et qu'elles sont respectées. Plus précisément, le personnel ne s'est pas conformé à la politique sur le programme de prévention et de gestion des chutes.

Justification et résumé

La personne résidente a fait une chute au cours de laquelle elle s'est blessée. Conformément à la politique du foyer, un logo du programme Falling Star devrait être placé sur la porte de toute personne résidente qui a fait une chute entraînant une blessure grave. La ou le physiothérapeute et la ou le responsable des chutes ont confirmé que la personne résidente ne faisait pas partie du programme Falling Star et que, conformément à la politique, elle devrait y être inscrite.

Le défaut de mettre en œuvre le logo du programme Falling Star dans le programme de soins de la personne résidente a diminué la capacité du foyer à réduire les chutes de la personne résidente ou à en atténuer les effets.

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District de Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage

Toronto (Ontario) M2M 4K5

Téléphone : 866 311-8002

Sources : observations, politique du programme de prévention et de gestion des chutes, entrevues avec une ou un physiothérapeute et d'autres membres du personnel concernés.

[000825]

AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies

Problème de conformité n° 005 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect du sous-alinéa 55 (2) b) (i) du Règl. de l'Ont. 246/22

Soins de la peau et des plaies

Paragraphe 55 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit : b) le résident 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, à la fois : (i) se fait évaluer la peau par une personne autorisée visée au paragraphe (2.1), au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour l'évaluation de la peau et des plaies.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, lorsque la personne résidente a subi une lésion cutanée, elle reçoive une évaluation de la peau par une personne autorisée, à l'aide d'un outil d'évaluation cliniquement approprié conçu expressément pour l'évaluation de la peau et des plaies.

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District de Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage

Toronto (Ontario) M2M 4K5

Téléphone : 866 311-8002

Justification et résumé

À une date spécifiée, la personne résidente a subi une blessure.

Après examen des dossiers cliniques du résident, il a été déterminé qu'une évaluation précise n'avait pas été effectuée. L'infirmière auxiliaire autorisée (IAA) a reconnu qu'elle n'avait pas effectué l'évaluation précisée.

Le personnel n'a pas procédé à une évaluation précise après avoir déterminé que la personne résidente avait subi une blessure, ce qui a augmenté le risque d'interventions retardées et la prise en charge de la blessure.

Sources : Entrevue avec l'IAA, dossiers cliniques de la personne résidente.
[000759]

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

Problème de conformité n° 006 – Avis écrit aux termes de la disposition 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

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 Toronto5700, rue Yonge, 5^e étage

Toronto (Ontario) M2M 4K5

Téléphone : 866 311-8002

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 qu'une norme ou un protocole que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections soit mis en œuvre.

(i) Plus précisément, les paragraphes 9.1b) et d) de la Norme de PCI pour les foyers de soins de longue durée stipulaient que le titulaire de permis doit veiller à ce que les pratiques de base et les précautions supplémentaires soient suivies dans le cadre du programme de PCI. Au minimum, les précautions supplémentaires doivent inclure l'hygiène des mains, y compris, mais sans s'y limiter, aux quatre moments de l'hygiène des mains (avant le contact initial avec la personne résidente ou son environnement; avant toute procédure aseptique; après le risque d'exposition aux liquides corporels et après le contact avec le résident ou son environnement); et l'utilisation appropriée de l'équipement de protection individuelle (EPI), y compris la sélection, l'application, l'enlèvement et l'élimination appropriés.

Justification et résumé

On a observé une PSSP pomper du désinfectant pour les mains dans les mains de deux personnes résidentes et partir. Les personnes résidentes ne comprenaient pas bien la façon d'effectuer l'hygiène des mains avec le désinfectant, qui est resté au milieu de leurs paumes.

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 Toronto5700, rue Yonge, 5^e étage

Toronto (Ontario) M2M 4K5

Téléphone : 866 311-8002

La PSSP a reconnu que les deux personnes résidentes avaient besoin d'aide pour l'hygiène des mains, mais elle ne les a pas aidées à frotter le désinfectant pour les mains pendant 15 secondes entre leurs mains.

On a observé l'aide domestique nettoyer une unité où il y avait une éclosion; chaque fois que cette personne a enlevé ses gants et en a mis de nouveaux, elle ne s'est pas désinfecté les mains. Lorsque l'aide domestique a jeté les ordures de son chariot, elle ou il n'a pas enlevé ses gants souillés et a continué à mettre un sac en plastique propre dans son chariot avec les mêmes gants souillés.

L'aide domestique a reconnu qu'elle ou il ne s'était pas désinfecté les mains lorsqu'elle ou il a retiré ses gants ou en a mis de nouveaux et qu'elle ou il aurait dû le faire. De plus, elle ou il aurait dû retirer ses gants après avoir jeté les ordures et se désinfecter les mains avant de passer à une tâche propre.

Le fait que le personnel n'a pas suivi les pratiques appropriées en matière d'hygiène des mains et d'EPI, comme le précise la norme de PCI, a mis en péril la gestion du programme de prévention et de contrôle des infections.

Sources : entrevues avec la PSSP et d'autres membres du personnel concernés, observations à une date précise.

(ii) Plus précisément, l'alinéa 10.4 (d) i) de la Norme de PCI pour les foyers de soins de longue durée stipule que les foyers doivent effectuer des vérifications mensuelles du respect des quatre moments d'hygiène des mains par le personnel.

Justification et résumé

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District de Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage

Toronto (Ontario) M2M 4K5

Téléphone : 866 311-8002

Lors de l'examen des vérifications de l'hygiène des mains du foyer, il a été déterminé qu'aucune vérification de l'hygiène des mains n'avait été effectuée pendant un mois précis.

La directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI) a reconnu qu'aucune vérification de l'hygiène des mains n'avait été effectuée pour le mois spécifié.

Le non-respect par le foyer des vérifications mensuelles de l'hygiène des mains met en péril la gestion du programme de prévention et de contrôle des infections.

Sources : Entretien avec la ou le DSI et vérifications de l'hygiène des mains du foyer.
[000759]