

## Rapport public

<b>Date d'émission du rapport :</b> 24 décembre 2024
<b>Numéro d'inspection :</b> 2024-1462-0005
<b>Type d'inspection :</b> Incident critique
<b>Titulaire de permis :</b> peopleCare Communities Inc.
<b>Foyer de soins de longue durée et ville :</b> peopleCare Oakcrossing London, London

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : les 12, 13, 16, 18, 19, 20 et 23 décembre 2024

Les inspections concernaient :

- Plainte : n° 00126733 – (2980-000053-24) SIC relativement à la chute d'une personne résidente
- Plainte : n° 00128711 – (2980-000057-24) SIC relativement à la chute d'une personne résidente
- Plainte : n° 00131201 – (2980-000061-24) SIC relativement à une éclosion de maladie
- Plainte : n° 00131447 – (2980-000063-24) SIC relativement au décès inattendu d'une personne résidente

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

- Soins et services de soutien aux personnes résidentes (Resident Care and Support Services)
- Gestion des médicaments (Medication Management)
- Prévention et contrôle des infections (Infection Prevention and Control)
- Comportements réactifs (Responsive Behaviours)
- Prévention et gestion des chutes (Falls Prevention and Management)

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité n° 001 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

#### Non-respect de : la disposition 6 (1) de la LRSLD (2021)

Programme de soins

6 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soit adopté, pour chaque résident, un programme de soins écrit qui établit ce qui suit :

- les soins prévus pour le résident;
- les objectifs que visent les soins;

**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 London**

130, avenue Dufferin, 4<sup>e</sup> étage  
London (Ontario) N6A 5R2  
Téléphone : 800 663-3775

c) des directives claires à l'égard du personnel et des autres personnes qui fournissent des soins directs au résident;

d) les autres exigences que prévoient les règlements.

Le titulaire de permis ne s'est pas assuré qu'un programme de soins écrit pour une personne résidente indique le programme de soins personnels prévus pour la personne résidente, les objectifs à atteindre prévus pour ces soins et des directives claires à l'égard du personnel et des autres personnes qui fournissent des soins directs à la personne résidente. Le directeur adjoint ou la directrice adjointe des soins infirmiers a constaté que le programme de soins de la personne résidente n'indiquait pas le programme de soins prévus en matière d'hygiène buccale.

**Sources :** examen du dossier clinique de la personne résidente et entretien avec le personnel et le ou la DASI.

### **AVIS ÉCRIT : Programme de soins**

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

**Non-respect de : la disposition 6 (1) c) de la *LRSLD* (2021)**

Programme de soins

6 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soit adopté, pour chaque personne résidente, un programme de soins écrit qui établit ce qui suit :

c) des directives claires à l'égard du personnel et des autres personnes qui fournissent des soins directs au résident;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins écrit pour la prévention des chutes d'une personne résidente établisse des directives claires à l'égard du personnel et des autres personnes qui lui fournissent des soins directs. Il y avait plusieurs interventions qui avaient pris fin ou qui n'avaient pas été ajoutées au programme de soins.

**Sources :** Sources : examen du dossier clinique de la personne résidente, observations, et entretiens avec le personnel.

### **AVIS ÉCRIT : Programme fondé sur l'évaluation du résident**

Problème de conformité n° 003 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect de : la disposition 6 (2) de la *LRSLD* (2021).**

Programme de soins

6 (2) Le titulaire de permis veille à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fondés sur une évaluation du résident et de ses besoins et préférences.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins de prévention contre les chutes indiqués dans le programme de soins de la personne résidente soient fondés sur l'évaluation de ses besoins et préférences.

**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 London**

130, avenue Dufferin, 4<sup>e</sup> étage  
London (Ontario) N6A 5R2  
Téléphone : 800 663-3775

La personne résidente a été évaluée par un ou une physiothérapeute pour les stratégies de prévention des chutes. Le programme de soins n'identifiait pas les stratégies et le directeur adjoint ou la directrice adjointe a constaté que le programme de soins n'était pas fondé sur l'évaluation de physiothérapie.

**Sources :** examen du dossier clinique de la personne résidente, observations et entretiens avec le personnel.

**AVIS ÉCRIT : Programme fondé sur l'évaluation du résident**

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

**Non-respect de : la disposition 6 (7) de la *LRSLD* (2021).**

Programme de soins

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 de prévention des chutes prévus dans le programme de soins soient fournis à la personne résidente, tel que le précise son programme. La personne résidente a été observée au lit sans l'utilisation d'une stratégie de prévention des chutes et le programme de soins indiquait que l'intervention devait être utilisée en tout temps. Une personne préposée aux services de soutien personnel a constaté que l'intervention n'était pas fournie comme prévu.

**Sources :** examen du dossier clinique de la personne résidente, observations et entretiens avec le personnel.

**AVIS ÉCRIT : Documents**

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

**Non-respect de : la disposition 6 (9) 2 de la *LRSLD* (2021).**

Programme de soins

6 (9) Le titulaire de permis veille à ce que les éléments suivants soient documentés :

2. Les résultats des soins prévus dans le programme de soins.

A) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les résultats des soins prévus au programme de soins relativement à l'apport en liquides soient consignés par écrit.

La personne résidente était surveillée pour sa consommation de liquides dans le cadre des tâches de soins identifiées dans Point of Care (POC). Les personnes préposées aux services de soutien personnel devaient offrir des liquides supplémentaires lors de chaque quart de travail et signaler tout signe ou symptôme de déshydratation. Le directeur adjoint ou la directrice adjointe des soins infirmiers a constaté qu'il manquait des documents dans POC relativement à l'apport en liquides à des dates et quarts de travail déterminés, ainsi que les apports courants en liquides lors des repas et des collations à des heures déterminées. Les documents incomplets sur la consommation quotidienne de liquides et les calculs sur l'apport cumulé en

**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 London**

130, avenue Dufferin, 4<sup>e</sup> étage  
London (Ontario) N6A 5R2  
Téléphone : 800 663-3775

liquides auraient fourni des renseignements au personnel infirmier et à la diététiste professionnelle ou au diététiste professionnel afin d'évaluer les besoins en matière d'hydratation de la personne résidente.

**Sources** : examen du dossier clinique pour la personne résidente et entretiens avec le personnel.

B) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les résultats des soins prévus dans le programme de soins relativement à l'utilisation d'une stratégie de prévention des chutes soient consignés.

La personne résidente a été observée au lit sans l'utilisation d'une stratégie de prévention des chutes et le programme de soins indiquait que l'intervention devait être utilisée en tout temps. Une personne préposée aux services de soutien personnel a constaté que l'intervention n'était pas fournie comme prévu. La PSSP a consigné dans Point of Care que les stratégies de prévention contre les chutes ou blessures étaient en place alors que l'intervention n'était pas utilisée.

**Sources** : examen du dossier clinique de la personne résidente, observations et entretiens avec le personnel.

## **AVIS ÉCRIT : Gestion de la douleur**

Problème de conformité n° 006 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD* (2021).

### **Non-respect de : la disposition 57 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Gestion de la douleur

57 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les résidents, lorsque leur douleur n'est pas soulagée au moyen des interventions initiales, soient évalués au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément à cette fin.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que la personne résidente soit évaluée au moyen d'un instrument d'évaluation approprié sur le plan clinique et conçu expressément à cette fin lorsque l'intervention initiale n'a pas soulagé sa douleur.

Une plainte écrite a été envoyée par courriel au directeur ou à la directrice des soins infirmiers (DSI), identifiant des préoccupations en matière de soins relativement à la gestion de la douleur pour une personne résidente. Le dossier électronique d'administration des médicaments (eMAR) a été passé en revue pour déterminer l'efficacité de l'administration d'un médicament au besoin (PRN). À plusieurs dates, le médicament contre la douleur était inefficace pour soulager la douleur de la personne résidente. Le ou la DSI a constaté que l'évaluation de la douleur/échelle de sédation dans Point Click Care était l'évaluation appropriée sur le plan clinique conçu expressément pour évaluer la douleur et que la personne résidente n'avait pas été évaluée au moyen de cet instrument. Une évaluation de la douleur de la personne résidente servirait à déterminer une prise en charge efficace. Une évaluation complète de la douleur aurait fourni une compréhension globale de la douleur de la personne résidente, y compris l'intensité, l'emplacement et l'effet sur les activités quotidiennes pour assurer un programme de soins efficace afin de soulager la douleur et l'inconfort.

**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 London**

130, avenue Dufferin, 4<sup>e</sup> étage  
London (Ontario) N6A 5R2  
Téléphone : 800 663-3775

**Sources :** examen du dossier clinique pour la personne résidente et entretien avec le directeur ou la directrice des soins infirmiers.

**AVIS ÉCRIT : Prévention et contrôle des infections**

Problème de conformité n°007 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD* (2021).

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

Programme de prévention et de contrôle des infections

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 a omis de veiller à la mise en œuvre d'une norme ou d'un protocole établi par la directrice ou le directeur en ce qui concerne la prévention et le contrôle des infections (PCI). Plus précisément, l'article 9.1 b) de la Norme de PCI indique que les pratiques de base comportent, au minimum, l'hygiène des mains avant et après un contact avec l'environnement de la personne résidente. Un(e) préposé(e) a été vu(e) ramassant des sacs d'ordures et touchant des poignées de porte de la salle de réunion, des bureaux et du comptoir d'accueil tout en portant la même paire de gants, sans pratiquer l'hygiène des mains. Une personne résidente a été aperçue plus tôt dans la même zone, utilisant certains de ces mêmes espaces.

**Sources :** Observations du personnel et des personnes résidentes.

**AVIS ÉCRIT : Traitement des plaintes**

Problème de conformité n° 008 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect de : la disposition 108 (1) 1 du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Traitement des plaintes

108 (1) Le titulaire de permis veille à ce que chaque plainte écrite ou verbale qu'il reçoit ou que reçoit un membre du personnel concernant les soins fournis à un résident ou l'exploitation du foyer soit traitée comme suit :

1. La plainte fait l'objet d'une enquête et d'un règlement, dans la mesure du possible, et une réponse conforme à la disposition 3 est donnée dans les 10 jours ouvrables qui suivent la réception de la plainte. S'il est allégué dans la plainte qu'un préjudice ou un risque de préjudice, notamment un préjudice physique, a été causé à un ou plusieurs résidents, l'enquête est menée immédiatement.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la plainte écrite faite au titulaire de permis concernant les soins d'une personne résidente fasse l'objet d'une enquête et soit résolue si possible, et qu'une réponse conforme à la disposition 3 soit donnée à la réception de la plainte et, si la plainte allègue un risque de préjudice, que l'enquête soit menée immédiatement.

**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 London**

130, avenue Dufferin, 4<sup>e</sup> étage  
London (Ontario) N6A 5R2  
Téléphone : 800 663-3775

Cette plainte écrite a été envoyée par courriel au directeur ou à la directrice des soins infirmiers (DSI). Bien que le ou la DASI ait immédiatement mené l'enquête sur la plainte, il n'y avait aucun document d'enquête, entretien précis ou suivi comprenant toutes les préoccupations. La réponse à la plainte ne comportait pas d'explication sur ce que le titulaire de permis a fait pour résoudre la plainte relative à l'allégation ou si la réponse à la plainte était fondée ou non, ainsi que les motifs relatifs à la préoccupation. Le dossier consigné intitulé « Response to Complaints - Complaint Record Form » [réponse aux plaintes – formulaire de dossier de plainte] ne comportait aucun document relatif à la « Final Resolution » [résolution finale].

**Sources** : examen de la Response to Complaints - Complaint Record Form [réponse aux plaintes – formulaire de dossier de plainte], suivi de plainte, entretien avec l'infirmière auxiliaire autorisée ou l'infirmier auxiliaire autorisé, courriel de plainte et réponse par courriel de la gestionnaire, et entretien avec le ou la DASI et le personnel.

**AVIS ÉCRIT : Sécurité de la réserve de médicaments**

Problème de conformité n° 009 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect de : la disposition 139 1. du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Sécurité de la réserve de médicaments

139. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que des mesures soient prises pour assurer la sécurité de la réserve de médicaments, notamment les suivantes :

1. Tous les endroits où sont entreposés des médicaments sont gardés verrouillés en tout temps quand ils ne sont pas utilisés.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le réfrigérateur de stockage des vaccins dans le bureau de l'infirmière ou l'infirmier responsable soit gardé verrouillé en tout temps lorsqu'il n'est pas utilisé. Il a été relevé que le cadenas sur le réfrigérateur, où plusieurs vaccins étaient stockés, se trouvait à côté du loquet en position déverrouillée. Le bureau était sans surveillance. L'infirmière autorisée ou l'infirmier autorisé (IA) était incertain(e) de la raison ou de la période pour laquelle le réfrigérateur était demeuré déverrouillé.

**Sources** : Entretien avec l'IA, et observation du réfrigérateur de stockage des vaccins.

**AVIS ÉCRIT : Administration de médicaments**

Problème de conformité n° 010 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect de : la disposition 140 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Administration des médicaments

140 (2) Le titulaire de permis veille à ce que les médicaments soient administrés aux résidents conformément au mode d'emploi précisé par le prescripteur. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 140(2).

**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 London**

130, avenue Dufferin, 4<sup>e</sup> étage  
London (Ontario) N6A 5R2  
Téléphone : 800 663-3775

Le titulaire du permis n'a pas veillé à ce qu'un médicament contre la douleur soit administré à la personne résidente toutes les deux heures au besoin (PRN) lorsque la gestion de la douleur s'est révélée inefficace.

Le dossier électronique d'administration des médicaments (eMAR) a été passé en revue pour déterminer l'efficacité de l'administration du médicament PRN. À deux dates distinctes, le médicament contre la douleur n'a pas été administré à la personne résidente comme prescrit lorsque la dose précédente était inefficace. Si la personne résidente avait été surveillée et examinée plus tôt, la dose suivante aurait pu être administrée comme prescrit et non plus de trois heures plus tard. Le directeur ou la directrice des soins infirmiers a constaté qu'il y avait une occasion d'administrer le médicament contre la douleur comme prescrit pour la douleur et le confort.

**Sources :** examen du dossier clinique pour la personne résidente et entretien avec le directeur ou la directrice des soins infirmiers.