

Long-Term Care Homes Division
Long-Term Care Inspections Branch
Division des foyers de soins de longue
durée

Sudbury Service Area Office
159 Cedar Street Suite 403
SUDBURY ON P3E 6A5
Telephone: (705) 564-3130
Facsimile: (705) 564-3133

Bureau régional de services de Sudbury
159, rue Cedar, bureau 403
SUDBURY ON P3E 6A5
Téléphone : 705 564-3130
Télécopieur : 705 564-3133

Copie du rapport public

Date du rapport	N° d'inspection	N° de registre	Type d'inspection
23 février 2022	2022_824736_0001	001851-22	Inspection proactive de la conformité

Titulaire de permis

Centre de santé St-Joseph de Sudbury
1140, chemin South Bay, Sudbury, ON P3E 0B6

Foyer de soins de longue durée

Villa St-Gabriel de Sudbury
4690, chemin Municipal 15, Chelmsford, ON P0M 1L0

Nom des inspectrices

AMANDA BELANGER (736), AMY GEAUVREAU (642)

Résumé de l'inspection

Il s'agissait d'une inspection proactive de la conformité.

Elle a été effectuée aux dates suivantes : du 31 janvier au 4 février 2022, et les 7 et 8 février 2022. Les activités à l'extérieur du foyer ont eu lieu du 8 au 10 février 2022.

Au cours de l'inspection, l'inspectrice ou les inspectrices ont eu des entretiens avec les personnes suivantes : administrateur du foyer, directeur des soins infirmiers (DSI), responsable des services de l'environnement, précédent responsable de la prévention et du contrôle des infections (PCI), adjoint PCI, infirmières autorisées ou infirmiers autorisés (IA), infirmières auxiliaires autorisées ou infirmiers auxiliaires autorisés (IAA), aide-diététiste, préposés aux services de soutien personnel (PSSP), aides aux soins personnels (ASP), aide ménagère, membres de familles, et résidents.

L'inspectrice ou les inspectrices ont effectué des tournées quotidiennes des aires de soins des résidents, et examiné les documents pertinents suivants : dossiers de résidents, politiques, pratiques de prévention et de contrôle des infections (PCI), procès-verbaux du conseil des résidents et du conseil des familles; elles ont également observé ce qui suit : chambres de résidents, aires communes pour les résidents, aires où mangent les résidents, prestation des soins et des services aux résidents, y compris les interactions du personnel et des résidents.

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

Dignité, choix et respect de la vie privée

Observation de la restauration

Prévention des chutes

Conseil des familles

Prévention et contrôle des infections

Médicaments

Nutrition et hydratation

Douleur

Services de soutien personnel

Prévention des mauvais traitements, de la négligence et des représailles

Amélioration de la qualité

Conseil des résidents

Soins de la peau et des plaies

Des non-respects ont été constatés au cours de cette inspection :

5 AE

3 PRV

0 OC

0 RD

0 OTANON-RESPECT DES EXIGENCES

Définitions

AE —Avis écrit

PRV — Plan de redressement volontaire

RD —Renvoi de la question au directeur

OC — Ordres de conformité

OTA — Ordres, travaux et activités

Le non-respect des exigences prévues par la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* (LFSLD) a été constaté.

Le présent document constitue un avis écrit de non-respect aux termes du paragraphe 1 de l'article 152 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* (LFSLD).

AE n° 1 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 5.

Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer soit un milieu sûr et sécuritaire pour ses résidents. 2007, chap. 8, art. 5

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer fût un milieu sûr et sécuritaire pour les résidents.

A) L'inspectrice a observé un aide aux soins personnels qui ramenait un résident dans sa chambre. L'inspectrice a remarqué sur la porte du résident un écriteau concernant des précautions supplémentaires en matière de prévention et contrôle des infections (PCI). L'inspectrice a remarqué que l'ASP n'avait pas l'équipement de protection individuelle (EPI) requis avant d'interagir avec le résident, notamment pas de protection oculaire.

Lors d'un entretien, l'ASP a indiqué que le résident faisait l'objet de précautions supplémentaires en matière de PCI. L'ASP a indiqué en outre qu'il aurait dû porter un EPI avant d'interagir avec les résidents qui nécessitaient des précautions supplémentaires en matière de PCI.

B) L'inspectrice a observé un préposé aux services de soutien personnel (PSSP) qui entrait dans une chambre de résident. Le résident avait sur sa porte un écriteau concernant des précautions supplémentaires en matière de PCI. Le PSSP n'a pas mis l'EPI requis avant d'entrer dans la chambre du résident.

Lors d'un entretien, le PSSP a indiqué que le résident nécessitait des précautions supplémentaires en matière de PCI, et qu'avant d'entrer dans la chambre il aurait dû mettre l'EPI adéquat, notamment une blouse, des gants et une protection oculaire.

Le fait que les membres du personnel ne portaient pas l'EPI adéquat en interagissant avec les résidents constituait un risque pour ces derniers.

Sources : Observations de l'inspectrice; politique du titulaire de permis intitulée ***Initiating Isolation and Additional Precautions*** (instaurer l'isolement et les précautions supplémentaires) dont la dernière révision date d'octobre 2021; entretien avec les personnes suivantes : ASP, PSSP, directeur des soins infirmiers (DSI) et d'autres membres du personnel. [Article 5]

Autres mesures requises :

PRV — Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer que le foyer est un milieu sûr et sécuritaire pour ses résidents. Ce plan de redressement doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 2 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 136. Destruction et élimination des médicaments

En particulier concernant ce qui suit :

Par. 136. (3) Les médicaments doivent être détruits par les membres d'une équipe agissant de concert, laquelle se compose des personnes suivantes :

que b) dans les autres cas :

- (i) d'une part, un membre du personnel infirmier autorisé nommé par le directeur des soins infirmiers et des soins personnels,**
- (ii) d'autre part, un autre membre du personnel nommé par le directeur des soins infirmiers et des soins personnels. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 136 (3).**

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé, quand un médicament qui n'est pas une substance désignée doit être détruit, à ce qu'il le soit par les membres d'une équipe agissant de concert, laquelle se compose des personnes suivantes : un membre du personnel infirmier autorisé, et un autre membre du personnel nommé par le directeur des soins infirmiers.

Des entretiens effectués avec une infirmière auxiliaire autorisée ou un infirmier auxiliaire autorisé (IAA) et une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé (IA) indiquaient que quand ils avaient détruit et dénaturé des médicaments qui n'étaient pas considérés comme des substances désignées, il n'y avait pas un deuxième membre du personnel pour être témoin de l'élimination.

Le DSI a indiqué d'une part ne pas savoir exactement quand on avait commencé à pratiquer cette façon de faire, que le foyer avait manqué de personnel, et d'autre part comprendre l'exigence d'avoir deux membres du personnel présents lors de la destruction et de l'élimination de médicaments qui ne sont pas des substances désignées.

Le fait de ne pas avoir deux membres du personnel présents lors de la destruction et de la mise au rebut de médicaments qui n'étaient pas des substances désignées ne présentait pas de danger pour les résidents; toutefois, sans le processus adéquat, il y avait un risque de détournement de médicament.

Ressources : politique intitulée ***Drug Destruction and Disposal*** (destruction et élimination des médicaments), révisée pour la dernière fois en novembre 2020; entretiens avec les personnes suivantes : DSI, IA, IAA et d'autres membres du personnel. [Disposition 136. (3) b)]

Autres mesures requises :

PRV — Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer le respect de l'exigence selon laquelle quand un médicament qui n'est pas une substance désignée est détruit, le titulaire de permis veille à ce qu'il le soit par les membres d'une équipe agissant de concert, laquelle se compose d'un membre du personnel infirmier autorisé, et d'un autre membre du personnel nommé par le directeur des soins infirmiers. Ce plan de redressement doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 3 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 229. Programme de prévention et de contrôle des infections

En particulier concernant ce qui suit :

Par. 229. (4) Le titulaire de permis veille à ce que tout le personnel participe à la mise en œuvre du programme. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 229 (4).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel participât à la mise en œuvre du programme de prévention et de contrôle des infections (PCI) en ce qui concerne l'hygiène des mains des résidents, l'hygiène des mains du personnel et les précautions supplémentaires à prendre.

A) Les inspectrices ont observé un service de repas dans différentes unités et déterminé que le personnel n'aidait pas les résidents à se nettoyer les mains avant ou après les repas. Le programme d'hygiène des mains du foyer se fondait sur le Programme Lavez-vous les mains (LVLM), qui exigeait que le personnel aide les résidents à se nettoyer les mains avant et après les repas, les collations et les activités.

Le responsable PCI et l'adjoint PCI ont indiqué que le personnel a un processus en place pour aider les résidents pour leur hygiène des mains.

Le DSI a indiqué que le personnel était tenu de proposer aux résidents de pratiquer l'hygiène des mains avant les repas.

B) Un examen des lignes directrices du foyer relatives à la gestion de la COVID-19 indiquait que le personnel devait porter en tout temps une protection oculaire.

L'inspectrice a observé un IAA qui administrait un médicament à un résident sans porter de protection oculaire.

L'IAA a indiqué à l'inspectrice qu'il aurait dû porter une protection oculaire lors des interactions avec les résidents.

C) L'inspectrice a observé un PSSP entrant dans une chambre de résident qui faisait à ce moment-là l'objet de précautions supplémentaires en matière de PCI.

Le PSSP n'a pas pratiqué l'hygiène des mains avant d'entrer dans la chambre ni après avoir quitté la chambre.

Le fait que les membres du personnel n'aient pas fourni d'hygiène des mains avant et après les repas, ainsi que le fait de ne pas se laver eux-mêmes les mains et de ne pas porter de protection oculaire présentait un risque minime pour les résidents.

Sources : Observations des inspectrices; politique du titulaire de permis intitulée **Hand Hygiène** (hygiène des mains); entretiens avec les personnes suivantes : PSSP, IAA, DSI, précédent responsable PCI, adjoint PCI et d'autres membres du personnel; la politique du foyer **Hand Hygiène** (hygiène des mains), révisée pour la dernière fois en octobre 2021, et le guide de gestion interne de la COVID-19 du foyer. [Paragraphe 229. (4)]

Autres mesures requises :

PRV — Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer le respect de l'exigence selon laquelle le personnel participe au programme de prévention et de contrôle des infections (PCI). Ce plan de redressement doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 4 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 33. Bain

En particulier concernant les dispositions suivantes :

Par. 33. 1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque résident du foyer prenne un bain au moins deux fois par semaine en utilisant la méthode de son choix ou plus souvent compte tenu de ses besoins en personne résidente hygiène, sauf si la chose est contre-indiquée en raison d'un état pathologique. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 33 (1).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le résident reçoive un bain deux fois par semaine, sauf indication contraire de son programme de soins.

Les notes d'évolution indiquaient que le résident n'avait pas reçu de bains pendant une période de deux semaines, car la baignoire du foyer n'était pas en état de marche. Rien n'indiquait que l'on avait tenté de donner d'autres bains pendant cette période.

Lors d'un entretien, l'IAA a indiqué qu'il n'y avait pas de documents pour corroborer le fait que le résident avait reçu des bains pendant la période déterminée.

Le fait de ne pas recevoir de bains deux fois par semaine présentait un risque minime pour le résident.

Sources : Notes d'évolution, programme de soins et documents dans l'interface *Point of Care* concernant le résident; politique du titulaire de permis intitulée ***Bathing-Complete, Partial, Tub Baths and Showers*** (bains complets, partiels, baignoires et douches), révisée pour la dernière fois le 3 septembre 2021; entretien avec les personnes suivantes : IAA, DSI et d'autres membres du personnel.

[Paragraphe 33. (1)]

AE n° 5 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 129. Entreposage sécuritaire des médicaments

En particulier concernant ce qui suit :

Par. 129. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

a) les médicaments sont entreposés dans un endroit ou un chariot à médicaments qui réunit les conditions suivantes :

- (i) il est réservé exclusivement aux médicaments et aux fournitures y afférentes,**
- (ii) il est sûr et verrouillé,**

(iii)il protège les médicaments de la chaleur, de la lumière, de l'humidité ou d'autres conditions environnementales de façon à conserver leur efficacité, (iv)il est conforme aux instructions du fabricant relatives à l'entreposage de médicaments; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 129 (1).

b) les substances désignées sont entreposées dans une armoire distincte, verrouillée à double tour et fixée en permanence dans l'endroit verrouillé, ou dans un endroit distinct, également verrouillé, à l'intérieur du chariot à médicaments verrouillé. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 129 (1).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les médicaments fussent entreposés dans un chariot à médicaments qui était sûr et verrouillé.

Au cours d'une observation, l'inspectrice a remarqué que le chariot à médicaments était déverrouillé et sans surveillance près du poste infirmier pendant le service du petit déjeuner. L'inspectrice a remarqué que l'infirmière se trouvait au fond de la salle à manger, le dos tourné vers l'endroit où l'on avait laissé le chariot à médicaments. Il y avait des étudiants, des enseignants et du personnel d'entretien à l'endroit où se trouvait le chariot à médicaments et aux alentours pendant qu'on l'avait laissé déverrouillé et sans surveillance.

Le fait que l'on avait laissé le chariot à médicaments déverrouillé et sans surveillance dans une aire commune du foyer présentait un risque de détournement de médicaments.

Sources : Observations de l'inspectrice; politique du titulaire de permis intitulée ***The Medication Cart and Storage Maintenance*** (le chariot à médicaments et la maintenance du stock), mise à jour pour la dernière fois en février 2017; entretien avec un DSI et d'autres membres du personnel.

[Disposition 129. (1) a) (ii)]

Émis le 24 février 2022

Signature de l'inspectrice ou des inspectrices

Rapport original signé par l'inspectrice.