


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^e étage,
London (Ontario) N6A 5R2,
Téléphone : (800) 663-3775

Rapport public modifié Page couverture (A1)

Date d'émission du rapport modifié : 29 avril 2024	
Date d'émission du rapport initial : 3 avril 2024	
Numéro d'inspection : 2024-1598-0001 (A1)	
Type d'inspection : Inspection proactive de la conformité	
Titulaire de permis : Corporation of the County of Elgin	
Foyer de soins de longue durée et ville : Bobier Villa, Dutton	
Modifié par Melanie Northey (563)	Signature de l'inspectrice / l'inspecteur qui a modifié le rapport Melanie Northey <small>Signé numériquement par Melanie Northey</small>  <small>Date : 2024.04.30 09:16:45 -0400</small>

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION MODIFIÉE

Le rapport du titulaire de permis a été modifié pour refléter les dates exactes dans le cadre des motifs de l'ordre de conformité n° 001, paragraphe 140 (7) 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 de London
130, avenue Dufferin, 4^e étage,
London (Ontario) N6A 5R2,
Téléphone : (800) 663-3775

Rapport public modifié (A1)

Date d'émission du rapport modifié : 29 avril 2024	
Date d'émission du rapport initial : 3 avril 2024	
Numéro d'inspection : 2024-1598-0001 (A1)	
Type d'inspection : Inspection proactive de la conformité	
Titulaire de permis : Corporation of the County of Elgin	
Foyer de soins de longue durée et ville : Bobier Villa, Dutton	
Inspectrice principale / Inspecteur principal Melanie Northey (563)	Autres inspectrices ou inspecteurs Brandy MacEachern (000752) Pauline Waldon (741071)
Modifié par Melanie Northey (563)	Signature numérique de l'inspectrice / l'inspecteur qui a modifié le rapport

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION MODIFIÉ

Le rapport du titulaire de permis a été modifié pour refléter les dates exactes dans le cadre des motifs de l'ordre de conformité n° 001, paragraphe 140 (7) du Règl. de l'Ont. 246/22.

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 6, 7, 8, 11, 12, 13, 14 et 15 mars 2024

L'inspectrice Neelam Patel (000814) était présente.

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^e étage,
London (Ontario) N6A 5R2,
Téléphone : (800) 663-3775

L'inspection concernait :

- Dossier : n° 00109697 - Inspection proactive de la conformité (IPC)

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

Prévention et gestion de la peau et des plaies
Services de soins et de soutien aux
résidents Conseils des résidents et des
familles Gestion des aliments, de la
nutrition et de l'hydratation Gestion des
médicaments
Prévention et contrôle des infections
Foyer sûr et sécuritaire Prévention
de la maltraitance et de la
négligence Amélioration de la qualité
Droits et choix des personnes
résidentes Gestion de la douleur
Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION MODIFIÉE

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'inspectrice est satisfaite 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 de : l'alinéa 79 (1) 1) du Règl. de l'Ont. 246/22
Service de restauration et de collation

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^e étage,
London (Ontario) N6A 5R2,
Téléphone : (800) 663-3775

Paragraphe 79 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer offre un service de restauration et de collation qui comprend au minimum les éléments suivants :

1. Communication des menus quotidiens et de sept jours aux résidents.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la maison ait un service de restauration et de collation qui comprenait la communication du menu de sept jours aux résidents.

Justification et résumé

Le cycle de menu de sept jours a été affiché à l'extérieur des salles à manger, mais il a pris fin trois jours auparavant. Le gestionnaire des services de soutien (GSS) a vérifié que le menu de sept jours était affiché à l'extérieur de chaque salle à manger afin d'être communiqué aux résidents pour les cycles de trois semaines, mais les dates n'ont pas été modifiées au moyen d'un marqueur effaçable à sec pour indiquer le cycle répété pour les trois semaines suivantes. Le GSS était responsable de la mise à jour des dates du calendrier du cycle de menu et la communication du cycle de menu de sept jours aurait dû être mise à jour. Le cycle de menu de sept jours a été mis à jour.

Le cycle de menus pour les résidents n'a pas été communiqué et les résidents n'ont pas été prévenus et n'ont pas eu le temps de choisir leurs repas.

Sources : observations et entrevues avec les résidents et le personnel.

[563] Date de mise en œuvre de la mesure corrective : 12 mars 2024

Non-respect n° 002 rectifié conformément aux termes du paragraphe 154 (2) 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. Paragraphe 102 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Le titulaire de permis doit mettre en œuvre toute norme ou tout protocole que délivre le

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^e étage,
London (Ontario) N6A 5R2,
Téléphone : (800) 663-3775

directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections (PCI).

Justification et résumé

La norme 10.1 de PCI stipule que « le titulaire de permis s'assure que le Programme d'hygiène des mains comprend l'accès à des agents d'hygiène des mains, notamment à du désinfectant pour les mains à base d'alcool (DMBA) à 70-90 %. Ces agents doivent être facilement accessibles aux points d'intervention et dans les autres aires communes et réservées aux résidents, et tout membre du personnel fournissant des soins directs à une personne résidente doit avoir un accès immédiat à du DMBA à 70-90 % ».

Le feuillet d'information de Santé publique Ontario, intitulé Selection and Placement of ABHR during COVID-19 in Long-term Care and Retirement Homes (Sélection et placement du DMBA pendant la COVID-19 dans les établissements de soins de longue durée et les maisons de retraite), indique : « Ne pas utiliser de produit périmé. Assurez-vous de noter la date de péremption du produit lorsque vous sélectionnez le produit. »

Un conteneur mural de DMBA Aloe Care avait une date de péremption en 2022 et se trouvait aux portes entre les salles à manger. L'administrateur se trouvait dans la salle à manger et a été informé de la péremption du désinfectant pour les mains, qui a été remplacé immédiatement. Aucun résident ou membre du personnel n'a été observé en train d'utiliser le DMBA à quelque moment que ce soit avant ou pendant le service de repas. Aucun autre produit périmé pour l'hygiène des mains n'a été observé au cours de l'inspection. L'administrateur a vérifié que les produits d'hygiène des mains ne dépassaient pas leur date de péremption.

Sources : Norme de PCI pour les foyers de soins de longue durée, observations et entrevues avec le personnel. [563]

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : 6 mars 2024

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^e étage,
London (Ontario) N6A 5R2,
Téléphone : (800) 663-3775

Non-respect n° 003 rectifié conformément aux termes du paragraphe 154 (2) de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 148 (2) 2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Destruction et élimination des médicaments

Paragraphe 148 (2) La Politique sur la destruction et l'élimination des médicaments doit également prévoir ce qui suit :

2. Toute substance réglementée devant être détruite et éliminée doit être entreposée dans une zone d'entreposage à double verrouillage au sein du foyer, séparément de toute substance réglementée pouvant être administrée à un résident, jusqu'à ce que la destruction et l'élimination aient lieu.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que toute substance réglementée qui devait être détruite et éliminée soit entreposée dans une zone d'entreposage à double verrouillage au sein du foyer, séparément de toute substance réglementée pouvant être administrée à un résident, jusqu'à ce que la destruction et l'élimination aient lieu.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis devait s'assurer que la Politique sur les stupéfiants et les substances réglementées des soins de longue durée (SLD) était respectée dans le cadre du Programme de gestion des médicaments afin que les médicaments devant être détruits et éliminés soient entreposés de façon sûre et sécuritaire dans le foyer.

Justification et résumé

La Politique du foyer sur la destruction des stupéfiants et des médicaments réglementés a documenté tous les stupéfiants et médicaments réglementés abandonnés qui ont fait l'objet d'un suivi afin d'assurer une destruction exacte et sécuritaire conformément à la politique et à la procédure de pharmacie du foyer, ainsi qu'aux lois applicables.

Les substances réglementées destinées à être détruites étaient entreposées dans une armoire fixe verrouillée dans la salle de médication, mais l'armoire était surchargée et les médicaments étaient accessibles. Des infirmières auxiliaires autorisées (IAA) étaient présentes lorsque l'inspectrice a facilement retiré plusieurs cartes de substances réglementées de la zone d'entreposage. Le gestionnaire intérimaire des soins aux résidents (GSR) a vérifié que les médicaments réglementés destinés à être détruits n'étaient pas entreposés de manière sûre et sécurisée au sein du foyer. La zone d'entreposage n'a pas été observée comme étant accessible aux résidents ou à toute personne autre que le personnel autorisé ayant accès à clé à la salle des médicaments qui était verrouillée en permanence. Seul le GSR dispose d'un accès à clé à l'armoire fixe verrouillée de la salle des médicaments destinée aux stupéfiants et aux médicaments réglementés abandonnés.

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^e étage,
London (Ontario) N6A 5R2,
Téléphone : (800) 663-3775

Le GSR intérimaire et l'IAA ont effectué le rapprochement des substances réglementées à détruire, en comptant les médicaments et en les comparant aux feuilles de dénombrement des substances et des stupéfiants réglementés de chaque résident pour déterminer qu'il n'y avait pas de substances réglementées manquantes. Le GSR intérimaire a effectué un suivi auprès du personnel par courriel et a communiqué avec la pharmacie pour qu'elle mette en place un processus ou une autre intervention afin d'éviter que la situation ne se reproduise en ce qui concerne le retrait des substances réglementées de la zone d'entreposage désignée dans la salle des médicaments, en vue de leur destruction. Il y avait un risque de substances réglementées manquantes ou non comptabilisées.

Sources : Politique sur la destruction des stupéfiants et des médicaments réglementés et autres documents pertinents, observations et entrevues du personnel. [563]

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : 11 mars 2024

AVIS ÉCRIT : Obligation de répondre

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

Non-respect du : paragraphe 63 (3) de la LRSLD (2021)

Pouvoirs du conseil des résidents

Paragraphe 63 (3) Si le conseil des résidents l'a informé de sujets de préoccupation ou de recommandations en vertu de l'un ou l'autre des alinéas 6 ou 8 du paragraphe (1), le titulaire de permis lui répond par écrit au plus tard 10 jours après avoir été informé de ces sujets de préoccupation ou recommandations.

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^e étage,
London (Ontario) N6A 5R2,
Téléphone : (800) 663-3775

Le titulaire de permis n'a pas répondu par écrit aux préoccupations et aux recommandations du Conseil des résidents et du Comité de l'alimentation dans les 10 jours.

Justification et résumé

Au cours de l'inspection du Conseil des résidents, il a été déterminé que des préoccupations et des recommandations avaient été soulevées lors des réunions du Conseil au sujet des soins et des aliments.

Le gestionnaire des services de soutien indique qu'il a fait un suivi verbal des préoccupations et des recommandations relatives aux aliments, mais que le suivi écrit a été inclus dans le procès-verbal de la réunion, qui a été distribué aux résidents à la réunion mensuelle suivante.

L'administrateur a fait savoir que les préoccupations en matière de soins soulevées à la réunion du Conseil des résidents ont fait l'objet d'une enquête interne, que tous les résidents concernés par la préoccupation ont été abordés verbalement et que l'administrateur a assisté à la réunion mensuelle suivante pour faire un suivi auprès du Conseil. Cependant, il n'y a pas eu de compte rendu écrit d'une réponse fournie au Conseil des résidents dans les 10 jours suivant les préoccupations relatives aux soins soulevées à la réunion.

Il y avait un risque que les membres du Conseil des résidents n'aient pas été au courant des mesures prises pour résoudre les préoccupations soulevées lors des réunions, lorsque des réponses écrites n'ont pas été fournies dans les 10 jours.

Sources : Entrevues avec le personnel, procès-verbaux des réunions du Conseil des résidents, procès-verbaux des réunions du Comité de l'alimentation, classeur du Conseil des résidents, classeur du Comité de l'alimentation. [000752]

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^e étage,
London (Ontario) N6A 5R2,
Téléphone : (800) 663-3775

AVIS ÉCRIT : Exigences générales

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

Non-respect de : l'alinéa 34 (1) 4) du Règl. de l'Ont. 246/22

Exigences générales

Paragraphe 34 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au respect de ce qui suit à l'égard de chacun des programmes organisés prévus aux articles 11 à 20 de la Loi et de chacun des programmes interdisciplinaires prévus à l'article 53 du présent règlement :

4. Le titulaire de permis doit conserver un dossier écrit relatif à chaque évaluation visée à l'alinéa 3 qui comprend la date de l'évaluation, le nom des personnes qui ont participé à l'évaluation, un résumé des changements apportés et la date de mise en œuvre de ces changements.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le Programme de gestion de la douleur, le Programme de soins de la peau et des plaies, ainsi que les évaluations du Programme de prévention et de gestion des chutes comprennent un résumé des changements apportés et la date de leur mise en œuvre.

Justification et résumé

A) L'évaluation du Programme de gestion de la douleur et de soins palliatifs 2022-2023 a été achevée en juillet 2023, et il existe une trace écrite de l'évaluation qui comprend les objectifs à atteindre, les indicateurs à surveiller, les résultats par rapport aux cibles et les stratégies visant à améliorer les résultats; toutefois, aucune analyse du résumé des changements apportés et de la date à laquelle ces changements ont été mis en œuvre n'a été documentée dans le cadre de l'évaluation. L'analyse et le résumé de l'évaluation ont été ajoutés par le gestionnaire intérimaire des soins aux résidents (coordonnateur de l'amélioration de la qualité pour les foyers Elgin) pendant l'inspection, après discussion avec l'inspectrice 563.

Le GSR a vérifié que l'« Analyse et le résumé des changements apportés en 2022-2023 » n'étaient pas documentés dans le cadre de l'évaluation faite le 3 juillet 2023 avec la liste des participants, et l'information a été ajoutée pendant l'inspection, après une conversation avec l'inspectrice. Les évaluations du programme ainsi que l'analyse et le résumé des changements

Ministère des Soins de longue duréeDivision 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^e étage,
London (Ontario) N6A 5R2,
Téléphone : (800) 663-3775

apportés en 2022-2023 ont fait partie de la documentation sur l'amélioration constante de la qualité (ACQ) lors de la réunion du Comité consultatif professionnel (CCP) en décembre 2023, mais n'ont pas été ajoutés au dossier écrit de l'évaluation annuelle du Programme de gestion de la douleur.

Il y avait un risque lorsque le foyer n'évaluait pas adéquatement les programmes requis pour déterminer si les programmes étaient efficaces pour la gestion de la douleur des résidents. [563]

B) L'évaluation du Programme de soins de la peau et des plaies 2022-2023 a été achevée en septembre 2023, et il existe une trace écrite de l'évaluation qui comprend les objectifs à atteindre, les indicateurs à surveiller, les résultats par rapport aux cibles et les stratégies visant à améliorer les résultats; toutefois, aucune analyse du résumé des changements apportés et de la date à laquelle ces changements ont été mis en œuvre n'a été documentée dans le cadre de l'évaluation. L'analyse et le résumé de l'évaluation ont été ajoutés par le gestionnaire intérimaire des soins aux résidents (coordonnateur de l'amélioration de la qualité pour les foyers Elgin) pendant l'inspection, après discussion avec l'inspectrice 563.

Le GSR a vérifié que l'« Analyse et le résumé des changements apportés en 2022-2023 » n'étaient pas documentés dans le cadre de l'évaluation faite en septembre 2023 avec la liste des participants, et l'information a été ajoutée pendant l'inspection, après une conversation avec l'inspectrice 563. Les évaluations du programme ainsi que l'analyse et le résumé des changements apportés en 2022-2023 ont fait partie de la documentation de l'ACQ lors de la réunion du CCP en décembre 2023, mais n'ont pas été ajoutés au dossier écrit de l'évaluation annuelle du programme de soins 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 London

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

Il y avait un risque lorsque le foyer n'évaluait pas adéquatement les programmes requis pour déterminer si les programmes étaient efficaces pour la gestion de la douleur des résidents. [000752]

C) L'évaluation du Programme de prévention des chutes 2022-2023 a été achevée en avril 2023, et il existe une trace écrite de l'évaluation qui comprend les objectifs à atteindre, les indicateurs à surveiller, les résultats par rapport aux cibles et les stratégies visant à améliorer les résultats; toutefois, la section « Changement(s) ou nouvelles stratégies pour améliorer les résultats : Résultats des changements/actions examinés » de l'évaluation ne mentionnait pas les dates de mise en œuvre de ces changements.

Le GSR intérimaire a vérifié que le « Résumé de l'examen » n'était pas documenté dans le cadre de l'évaluation faite en avril 2023, avec les participants énumérés, et que l'information a été ajoutée pendant l'inspection, après une conversation avec l'inspectrice 563. Les évaluations du programme ainsi que l'analyse et le résumé des changements apportés en 2022-2023 ont fait partie de la documentation de l'ACQ lors de la réunion du CCP en décembre 2023, mais n'ont pas été ajoutés au dossier écrit de l'évaluation annuelle du programme de prévention des chutes.

Il y avait un risque lorsque le foyer n'évaluait pas adéquatement les programmes requis pour déterminer s'ils étaient efficaces pour la prévention et la gestion des chutes des résidents. [563]

Sources : Évaluation du Programme de prévention des chutes d'avril 2022 à avril 2023, évaluation du Programme de gestion de la douleur de juillet 2022 à juillet 2023 et évaluation du Programme de soins de la peau et des plaies de septembre 2022 à septembre 2023; et entretien avec le gestionnaire intérimaire des soins aux résidents.

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^e étage,
London (Ontario) N6A 5R2,
Téléphone : (800) 663-3775

AVIS ÉCRIT : Service de restauration et de collation

Problème de conformité n° 006 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 79 (1) 5) du Règl. de l'Ont. 246/22

Service de restauration et de collation

Paragraphe 79 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer offre un service de restauration et de collation qui comprend au minimum les éléments suivants :

5. Les aliments et les liquides sont servis à une température sûre et agréable pour les résidents.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer dispose d'un service de restauration et de collation comprenant des aliments et des liquides servis à une température sûre et appétissante pour les résidents.

Justification et résumé

Le gestionnaire de la prévention et du contrôle des infections (PCI) a fourni les fiches de production de la cuisine et a vérifié que les températures des aliments étaient documentées dans le cadre des fiches de production de la cuisine pour chaque repas dans chaque salle à manger et qu'elles devaient être remplies conformément à la politique du foyer. Le responsable de la PCI a validé le fait que les températures des aliments n'étaient pas documentées pour le service du dîner et qu'elles auraient dû l'être. Les fiches de production pour le déjeuner et le dîner du jour et le service du déjeuner du lendemain ont également été examinées, et la documentation sur les températures des aliments était incomplète.

La Politique relative au service des repas stipule que le service des repas ne commence pas tant que les aliments n'ont pas été goûtés, que la température des aliments n'a pas été relevée et enregistrée et que toute mesure corrective nécessaire n'a pas été prise. Les températures de service des aliments et des boissons doivent être maintenues à un niveau de sécurité approprié pendant toute la durée du service.

La Politique sur les températures de service des aliments documente le personnel chargé de la diététique désigné dans l'aire de production qui prend la température des aliments lorsqu'ils cuisinent, refroidissent, conservent au chaud ou réchauffent tous les produits alimentaires. Un

Ministère des Soins de longue duréeDivision 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^e étage,
London (Ontario) N6A 5R2,
Téléphone : (800) 663-3775

tableau d'enregistrement des températures alimentaires devait également être rempli pour tous les plats chauds du menu avant le service des repas (au point de service).

Le gestionnaire des services de soutien (GSS) a vérifié que la température des aliments était documentée de façon incomplète dans les Rapports de production de la cuisine et a indiqué qu'il fallait prendre la température des aliments au moment où les aliments étaient entièrement cuits dans la cuisine et à la température de conservation dans chaque service de salle à manger. Il y avait un risque que les aliments et les liquides ne soient pas servis à une température sûre et agréable pour les résidents.

Sources : Politique relative au service des repas, Politique sur les températures de service des aliments, Rapports de production de la cuisine et entrevues avec le personnel. [563]

AVIS ÉCRIT : Service de restauration et de collation

Problème de conformité n° 007 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 79 (1) 7) du Règl. de l'Ont. 246/22

Service de restauration et de collation

Paragraphe 79 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer offre un service de restauration et de collation qui comprend au minimum les éléments suivants :

7. Service de repas plat par plat pour chaque résident, sauf sur indication contraire du résident ou des besoins évalués du résident.

Le titulaire de permis n'a pas assuré le service de repas plat par plat, sauf sur indication contraire du résident ou des besoins évalués du résident.

Justification et résumé

Le personnel chargé de la diététique sert le dessert aux résidents immédiatement après le plat principal du dîner. La plupart des résidents venaient de commencer leur plat principal ou étaient encore en train de le manger. Un résident a interrompu son repas et pris son dessert. Une infirmière autorisée et le gestionnaire des services de soutien ont déclaré que les repas devaient être servis plat par plat et que les résidents devaient avoir terminé leur plat principal et leur assiette débarrassée avant que le dessert ne soit servi.

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^e étage,
London (Ontario) N6A 5R2,
Téléphone : (800) 663-3775

La Politique relative au service des repas indique que la vaisselle souillée doit être enlevée entre les plats, dans la mesure du possible, et que les aliments doivent être servis plat par plat, sauf sur indication contraire dans le plan de soins des résidents. Il y avait un risque que certains résidents n'aient pas pris leur repas si le dessert était servi avant qu'ils n'aient terminé leur entrée.

Sources : Politique relative au service des repas 2.18, observations et entrevues avec le personnel. [563]

AVIS ÉCRIT : Prévention et contrôle des infections

Problème de conformité n° 008 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

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.

Le titulaire de permis doit mettre en œuvre toute norme ou tout protocole que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections (PCI).

Justification et résumé

A) La norme de PCI pour les foyers de soins de longue durée d'avril 2022 et révisée pour la dernière fois en septembre 2023 documente une exigence supplémentaire sous la norme à l'article 10.2 où le Programme d'hygiène des mains doit s'assurer que le programme inclut, au minimum, un soutien à l'hygiène des mains et au soin des mains pour les résidents. Le titulaire de permis devait également veiller à ce que le Programme d'hygiène des mains pour les résidents ait une approche centrée sur les résidents avec des options pour les résidents, tout en veillant à ce que l'hygiène des mains soit respectée. Le Programme d'hygiène des mains pour les résidents devait inclure une aide aux résidents pour qu'ils se lavent les mains avant les repas et les collations.

Des lingettes désinfectantes pour les mains étaient disponibles sur des tables aléatoires, un désinfectant pour les mains à base d'alcool (DMBA) fixé au mur et des conteneurs portables de désinfectant pour les mains contenant tous de l'alcool éthylique à 70 % étaient disponibles pour utilisation. Une affiche a été apposée à l'extérieur de la salle à manger : « N'oubliez

Ministère des Soins de longue duréeDivision 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^e étage,
London (Ontario) N6A 5R2,
Téléphone : (800) 663-3775

pas de désinfecter les mains de tous les résidents en entrant et en sortant de la salle à manger », et un support mural de DMBA Purell a été mis à disposition.

Lors du service de midi, à deux dates différentes, le personnel n'a pas été observé en train de donner des indications sur l'hygiène des mains ou d'aider les résidents qui entrent ou sortent de la salle à manger avant le repas. L'inspectrice 563 a observé l'administration de médicaments à un résident, qui a ensuite été transporté à la salle à manger par une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) qui ne s'est pas arrêtée à la porte de la salle à manger pour s'assurer que l'hygiène des mains des résidents était encouragée ou assurée avant le service des repas et qu'il n'y avait pas de lingettes désinfectantes pour les mains. Le personnel faisait entrer d'autres résidents dans la salle à manger sans procéder à l'hygiène des mains, et les résidents qui entraient seuls dans la salle à manger le faisaient sans hygiène des mains et sans que le personnel ne les incite verbalement à procéder à l'hygiène des mains.

L'infirmière auxiliaire autorisée (IAA) a vérifié que l'hygiène des mains des résidents devait être effectuée avant et après les repas, mais il arrivait que l'hygiène des mains ne soit pas effectuée après les repas si les résidents quittaient la salle à manger. Un certain nombre de maladies infectieuses peuvent se transmettre d'une personne à l'autre par des mains contaminées, ce qui met les résidents en danger. [563]

- B) Le titulaire de permis n'a pas veillé à la mise en œuvre de toute norme ou de tout protocole que la directrice a délivré à l'égard de la prévention et du contrôle des infections.

L'article 9.1 (b) de la Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée stipule que le titulaire de permis doit s'assurer que les pratiques de routine et les précautions supplémentaires sont respectées dans le cadre du programme de PCI. Les pratiques de routine doivent au moins inclure l'hygiène des mains, y compris, mais sans s'y limiter, les quatre moments de l'hygiène des mains (avant le premier contact avec l'environnement du résident/de la résidente, avant toute procédure aseptique, après le risque d'exposition à un liquide corporel et après le contact avec l'environnement du résident/de la résidente).

Un membre du personnel a été observé en train de porter un résident jusqu'à sa chambre,

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^e étage,
London (Ontario) N6A 5R2,
Téléphone : (800) 663-3775

d'entrer dans la chambre d'un deuxième résident, de prendre un gant de toilette usagé du premier résident et de le mettre dans la buanderie, d'aider le deuxième résident à se lever de son fauteuil roulant dans le couloir, d'aller chercher le déambulateur d'un troisième résident dans la salle à manger, de donner un gant de toilette à un quatrième résident dans la salle à manger, de nettoyer le lavabo et de quitter la salle à manger, le tout sans procéder à l'hygiène des mains.

Un autre membre du personnel a été observé en train de toucher le dos d'un résident, puis de distribuer des boissons à d'autres résidents sans se laver les mains. L'inspectrice a également observé un autre membre du personnel se lever de la table d'un résident et tousser dans le haut de son bras. Ce membre du personnel est ensuite sorti de la salle à manger, a toussé sur le dos de sa main, a pris un verre d'eau et est revenu dans la salle à manger, où il s'est assis à nouveau à la table et a donné à manger à un résident sans procéder à l'hygiène des mains.

Le non-respect par le personnel des quatre moments de l'hygiène des mains expose les résidents à un risque de transmission d'organismes pathogènes ou infectieux. [741071]

Sources : Observations, normes de PCI pour les établissements de soins de longue durée (septembre 2023), observations et entrevues avec le personnel.

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^e étage,
London (Ontario) N6A 5R2,
Téléphone : (800) 663-3775

AVIS ÉCRIT : Programme de PCI

Problème de conformité n° 009 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 102 (4) c) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programme de prévention et de contrôle des infections (PCI)

Paragraphe 102 (4) Le titulaire de permis veille à ce

(c) que l'équipe interdisciplinaire de prévention et de contrôle des infections se réunisse au moins une fois par trimestre et plus fréquemment pendant une éclosion de maladie infectieuse dans le foyer.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une équipe interdisciplinaire de prévention et de contrôle des infections (PCI) se réunisse au moins une fois par trimestre.

Justification et résumé

Le gestionnaire de la PCI a indiqué que le foyer ne disposait pas d'un comité interdisciplinaire de PCI qui se réunissait tous les trimestres comme il se doit, et qu'il prévoyait de mettre en place un comité formel de PCI dans le foyer d'ici le 1^{er} juin 2024.

Le fait de ne pas veiller à ce qu'une équipe de PCI interdisciplinaire se réunisse au moins une fois par trimestre peut avoir une incidence sur la manière dont les mesures de PCI ont été gérées dans le foyer.

Sources : Entrevue avec le gestionnaire de la PCI et examen de la description de poste du gestionnaire de programme de PCI (code JD : LTC-012-2022, juin 2022). [741071]

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^e étage,
London (Ontario) N6A 5R2,
Téléphone : (800) 663-3775

AVIS ÉCRIT : Incidents médicamenteux et réactions indésirables aux médicaments

Problème de conformité n° 010 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 147 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Incidents médicamenteux et réactions indésirables aux médicaments

Paragraphe 147 (2) En plus de l'exigence visée à la division (1) a), le titulaire de permis doit s'assurer que

- (a) tous les incidents médicamenteux, les incidents d'hypoglycémie sévère, les incidents d'hypoglycémie sans réponse, les réactions indésirables aux médicaments et chaque utilisation de glucagon sont documentés, examinés et analysés;
- (b) des mesures correctives sont prises si nécessaire; et
- (c) un registre écrit est conservée de tout ce qui est exigé en vertu des divisions (a) et (b).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que chaque incident médicamenteux impliquant un résident soit documenté, examiné et analysé, à ce que des mesures correctives soient prises si nécessaire et à ce qu'un dossier écrit soit conservé, y compris un dossier documenté des mesures immédiates prises pour évaluer et maintenir la santé du résident.

Justification et résumé

Les notes de progrès indiquent qu'un résident a été trouvé avec plusieurs doses d'un type spécifique de médicament dans sa chambre.

Le gestionnaire intérimaire des soins aux résidents (GSR) a vérifié la présence de plusieurs doses d'un type spécifique de médicaments dans la chambre d'un résident, mais il ne savait pas d'où provenaient ces médicaments et n'a donc pas rempli de rapport d'incident lié aux médicaments. Le GSR intérimaire a également déclaré qu'il ne pouvait pas exclure que le résident cachait les médicaments fournis par l'infirmière. Le GSR a vérifié qu'il n'était pas sûr de supposer que le résident avait apporté les pilules avec lui lors de son admission, en particulier lorsqu'il y avait des documents indiquant que le résident avait dit au personnel qu'il avait des médicaments supplémentaires dans sa chambre il y a plusieurs mois.

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^e étage,
London (Ontario) N6A 5R2,
Téléphone : (800) 663-3775

Il n'y a pas eu d'analyse des multiples omissions possibles de médicaments, pas d'action corrective pour éviter que cela ne se reproduise, et le risque a été cerné sans documentation de suivi ou de réévaluation, et il n'y aurait pas d'analyse trimestrielle de l'incident pour prévenir une éventuelle réaction indésirable à un médicament lorsque le résident avait accès à plusieurs doses dans sa chambre. L'incident médicamenteux non documenté n'a pas été examiné et analysé de manière appropriée afin que des mesures correctives soient prises, et il y avait un risque que l'incident ne soit pas inclus dans la prochaine revue trimestrielle de tous les incidents médicamenteux afin de réduire et d'éviter que des incidents médicamenteux similaires ne se produisent.

Le GSR intérimaire a vérifié qu'il s'agissait d'un incident médicamenteux impliquant un résident et qu'il n'avait pas été documenté, qu'il n'avait pas été examiné et analysé, que des mesures correctives n'avaient pas été prises si nécessaire et qu'un dossier écrit n'avait pas été conservé, y compris un dossier documenté des mesures immédiates prises pour évaluer et maintenir la santé du résident.

Sources : les dossiers cliniques d'une personne résidente et les entrevues avec le personnel.
[563]

AVIS ÉCRIT : Rapport sur l'amélioration constante de la qualité

Problème de conformité n° 011 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 168 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Rapport sur l'amélioration constante de la qualité

Paragraphe 168 (2) Le rapport exigé au paragraphe (1) doit comprendre les renseignements suivants :

1. Le nom et la fonction du responsable désigné pour l'initiative d'amélioration constante de la qualité.
2. Une description écrite des domaines prioritaires d'amélioration de la qualité, des objectifs, des politiques, des procédures et des protocoles de l'initiative d'amélioration constante de la qualité pour le prochain exercice financier.
3. Une description écrite de la procédure utilisée pour définir les domaines prioritaires d'amélioration de la qualité du foyer pour l'exercice financier suivant et de la manière dont les domaines prioritaires d'amélioration de la qualité du foyer pour l'exercice financier

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^e étage,
London (Ontario) N6A 5R2,
Téléphone : (800) 663-3775

suivant sont basés sur les recommandations du comité d'amélioration constante de la qualité du foyer.

4. Une description écrite d'un processus permettant de contrôler et de mesurer les progrès, de déterminer et de mettre en œuvre des ajustements, et de communiquer les résultats pour les domaines prioritaires d'amélioration de la qualité du foyer au cours de l'exercice financier suivant.

5. Un registre écrit de,

i. la date à laquelle l'enquête prévue à l'article 43 de la Loi a été réalisée au cours de l'exercice financier,

ii. les résultats de l'enquête menée au cours de l'exercice financier en vertu de l'article 43 de la Loi, et

iii. la manière et les dates auxquelles les résultats de l'enquête menée au cours de l'exercice financier en vertu de l'article 43 de la Loi ont été communiqués aux résidents et à leur famille, au conseil des résidents, au conseil des familles, s'il y en a un, et aux membres du personnel du foyer.

6. Un registre écrit de,

i. les mesures prises pour améliorer le foyer de soins de longue durée, les soins, les services, les programmes et les biens sur la base de la documentation des résultats de l'enquête menée au cours de l'exercice financier en vertu de la division 43 (5) b) de la Loi, les dates auxquelles les mesures ont été mises en œuvre et les résultats des mesures,

ii. toute autre mesure prise pour améliorer l'hébergement, les soins, les services, les programmes et les biens fournis aux résidents dans les domaines prioritaires d'amélioration de la qualité du foyer au cours de l'exercice financier, les dates de mise en œuvre des mesures et les résultats de ces mesures,

iii. le rôle du conseil des résidents et du conseil des familles, le cas échéant, dans les mesures prises au titre des sous-alinéas i et ii,

iv. le rôle du comité d'amélioration constante de la qualité dans les actions entreprises au titre des sous-alinéas i et ii, et

v. la manière et les dates auxquelles les mesures prises en vertu des sous-alinéas i et ii ont été communiquées aux résidents et à leur famille, au conseil des résidents, au conseil des familles, s'il y en a un, et aux membres du personnel du foyer.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que son rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité (ACQ) respecte chacune des exigences du paragraphe 168 (2) du Règlement de l'Ontario (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 de London

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

Justification et résumé

Les plans d'amélioration de la qualité affichés sur le site Web du foyer pour l'exercice financier 2023/2024 ne répondaient pas aux exigences du paragraphe 168 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22. Le responsable de l'amélioration de la qualité (AQ) n'a pas été en mesure de démontrer clairement comment le rapport affiché sur le site Web du foyer répondait à chaque exigence du paragraphe 168 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Il y avait un risque que toutes les exigences ne soient pas prises en compte ou suivies lorsque le foyer n'incluait pas toutes les sections du rapport relatives à l'amélioration de la qualité.

Sources : Rapport d'étape sur les plans d'amélioration de la qualité de Bobier Villa 2023/2024 (Bobier Villa QIP Progress Report 2023/2024), Narratif relatif aux plans d'amélioration de la qualité de Bobier Villa 2023/2024 (Bobier Villa QIP Narrative 2023/2024), Plan de travail relatif aux plans d'amélioration de la qualité de Bobier Villa 2023/2024 (Bobier Villa QIP Work plan 2023/2024), entrevues avec le responsable de l'amélioration de la qualité. [000752]

AVIS ÉCRIT : Rapport sur l'amélioration de la qualité

Problème de conformité n° 012 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 168 (3) du Règl. de l'Ont. 246/22

Rapport sur l'amélioration constante de la qualité

Paragraphe 168 (3) Le titulaire de permis veille à ce qu'un exemplaire du rapport soit fournie au

conseil des résidents et au conseil des familles, le cas échéant.

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^e étage,
London (Ontario) N6A 5R2,
Téléphone : (800) 663-3775

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un exemplaire du rapport de l'initiative d'amélioration constante de la qualité (ACQ) ait été remis au conseil des résidents et au conseil des familles.

Justification et résumé

Le rapport d'amélioration de la qualité (AQ) du foyer a été publié sur son site Web pour 2023/2024, et il n'y avait aucun document indiquant que le rapport avait été distribué au conseil des résidents ou au conseil des familles. Le directeur des programmes et des services thérapeutiques et l'assistant du conseil des familles ont indiqué que le rapport d'amélioration de la qualité n'avait pas été communiqué au conseil des résidents ou au conseil des familles.

Il existe un risque que les membres du conseil des résidents et du conseil des familles n'aient pas connaissance des informations contenues dans ce rapport.

Sources : Rapport d'étape sur les plans d'amélioration de la qualité de Bobier Villa 2023/2024 (Bobier Villa QIP Progress Report 2023/2024), Narratif relatif aux plans d'amélioration de la qualité de Bobier Villa 2023/2024 (Bobier Villa QIP Narrative 2023/2024), Plan de travail relatif aux plans d'amélioration de la qualité de Bobier Villa 2023/2024 (Bobier Villa QIP Work plan 2023/2024), entrevues avec le gestionnaire du programme et des services thérapeutiques et l'adjoint au conseil des familles. [000752]

ORDRE DE CONFORMITÉ CO n° 001 Administration des médicaments

Problème de conformité n° 013 ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154 (1) 2) de la LRS LD (2021)

Non-respect du : paragraphe 140 (7) du Règl. de l'Ont. 246/22

Administration des médicaments

Paragraphe 140 (7) Lorsqu'un résident du foyer peut s'administrer un médicament en vertu du paragraphe (6), le titulaire de permis doit veiller à ce qu'il y ait des politiques écrites pour s'assurer que les résidents qui le font comprennent,

- (a) l'utilisation du médicament;
- (b) le besoin du médicament;
- (c) la nécessité de surveiller et de documenter l'utilisation du médicament; et
- (d) la nécessité de conserver le médicament par le résident lorsque celui-ci est autorisé à conserver le médicament sur lui ou dans sa chambre en vertu du paragraphe (8).

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^e étage,
London (Ontario) N6A 5R2,
Téléphone : (800) 663-3775

L'inspectrice ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de conformité [FLTCA, 2021, alinéa 155 (1) a)] :

Le titulaire de permis n'a pas respecté le paragraphe 140 (7) du Règl. de l'Ont. 246/22. En particulier, le titulaire de permis doit :

- a) Examiner et réviser, si nécessaire, la politique du foyer relative à l'auto-administration des médicaments et toutes les annexes associées. Il convient de conserver un registre documenté de l'examen et/ou de la révision, de la date de l'examen, des modifications apportées, le cas échéant, et des personnes qui y ont participé.
- b) Veiller à ce que l'équipe de gestion des soins infirmiers, le personnel infirmier autorisé et les médecins soient formés à la politique/procédure/processus du foyer en matière d'auto-administration des médicaments. La formation doit faire l'objet d'un enregistrement documenté, comprenant la date à laquelle elle a été dispensée, le contenu couvert dans le cadre de la formation et les noms des membres du personnel identifiés qui y ont participé.
- c) Veiller à ce que la politique du foyer en matière d'auto-administration des médicaments soit respectée pour le résident.
- d) Veiller à ce que le résident soit évalué en vue d'une auto-administration sûre des médicaments et qu'il soit informé des résultats de l'évaluation et des stratégies du plan de soins visant à garantir une administration sûre des médicaments.
- e) Veiller à ce que le plan de soins du résident soit mis à jour afin d'y inclure les interventions liées à l'administration et à la surveillance des médicaments, si nécessaire.
- f) S'assurer qu'un rapport d'incident médicamenteux est documenté pour les doses de médicaments omises ou le résident et s'assurer que l'incident est examiné et analysé et que des mesures correctives sont prises si nécessaire.

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^e étage,
London (Ontario) N6A 5R2,
Téléphone : (800) 663-3775

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la Politique d'auto-administration des médicaments du foyer soit respectée pour le résident.

L'alinéa 11 (1) b) du Règlement de l'Ontario 246/22 stipule que lorsque la Loi ou le présent Règlement exige que le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée ait, institue ou mette en place une politique, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que la politique soit respectée.

Justification et résumé

Les notes de progrès indiquent qu'un résident a été trouvé avec plusieurs doses d'un type spécifique de médicament dans sa chambre.

Le gestionnaire intérimaire des soins aux résidents (GSR) a vérifié la présence de plusieurs doses d'un type spécifique de médicaments dans la chambre d'un résident, mais il ne savait pas d'où provenaient ces médicaments et n'a donc pas rempli de rapport d'incident lié aux médicaments. Le GSR intérimaire a également déclaré qu'il ne pouvait pas exclure que le résident cachait les médicaments fournis par l'infirmière. Le GSR a vérifié qu'il n'était pas sûr de supposer que le résident avait apporté les pilules avec lui lors de son admission, en particulier lorsqu'il y avait des documents indiquant que le résident avait dit au personnel qu'il avait des médicaments supplémentaires dans sa chambre il y a plusieurs mois.

Une évaluation de l'auto-administration des médicaments a été réalisée pour le résident. L'évaluation a documenté que l'auto-administration par le résident ne concernait qu'une carte de médicaments spécifiques et a déterminé que le résident était capable de reconnaître chacun des médicaments, qu'il savait à quoi servaient les médicaments et à quel moment les prendre, qu'il avait une connaissance suffisante des précautions ou des réactions indésirables expliquées par l'infirmière ou le médecin, qu'il était capable d'anticiper le moment où les médicaments devaient être réorganisés et qu'il comprenait que ces médicaments devaient être protégés de l'accès par d'autres personnes. Aucune autre évaluation de l'auto-administration des médicaments n'a été réalisée dans le cadre du dossier clinique papier.

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^e étage,
London (Ontario) N6A 5R2,
Téléphone : (800) 663-3775

Un médecin a ordonné au résident de s'administrer lui-même ses médicaments. Le dossier d'administration des médicaments indique que le résident s'est vu administrer toutes les doses de médicaments au cours d'un mois donné et qu'aucun refus n'a été consigné. On ne sait pas exactement quand le résident a omis d'administrer les multiples doses de médicaments sur plusieurs mois pour faire concorder les doses trouvées dans sa chambre. Le plan de soins ne prévoyait pas d'instructions pour que le résident prenne ses médicaments comme prévu.

La Politique d'auto-administration des médicaments par un résident est documentée :

- L'infirmière doit consigner dans le plan de soins du résident et dans les notes d'évolution la capacité du résident à s'auto-administrer les médicaments/traitements, y compris une description de l'aide nécessaire.

Le personnel infirmier doit veiller à ce que les médicaments et les traitements laissés à des fins d'auto-

- administration soient gardés dans un endroit sûr et verrouillé afin de prévenir toute mauvaise utilisation par d'autres résidents; pris/utilisé par le résident comme prévu et non jetés ou accidentellement pris par un autre résident.

Le personnel infirmier effectuera des évaluations continues (trimestrielles et au besoin en

- cas de changement important de statut) de la capacité du résident à s'auto-administrer ses médicaments et ses traitements et les consignera dans les notes de progression.

La capacité du résident à s'auto-médicamenter doit être réévaluée régulièrement (tous les trois mois) au moyen du formulaire « Évaluation pour l'auto-administration de

- médicaments ». Si le résident a été jugé apte à s'auto-administrer, le médecin réordonnera les instructions pour l'auto-administration des médicaments dans le cadre de la révision trimestrielle des médicaments.

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^e étage,
London (Ontario) N6A 5R2,
Téléphone : (800) 663-3775

Le personnel infirmier autorisé n'a pas réévalué la capacité du résident à s'auto-administrer ses médicaments au coucher lorsqu'il a constaté que le résident avait plusieurs doses d'un médicament dans sa chambre, ce qui a mis le résident et les autres résidents en danger. Les médicaments devaient être conservés dans un endroit sûr, fermés à clé, afin d'éviter leur utilisation abusive par d'autres résidents, et les médicaments n'étaient pas pris par le résident comme prévus, mais plutôt accumulés. L'accumulation de médicaments présente un risque de surdose, et le plan de soins et le dossier d'administration des médicaments ne contenaient aucune instruction pour que le personnel infirmier s'assure que le résident n'accumule pas de médicaments dans sa chambre. Le GSR a déclaré qu'il aurait fallu procéder à une nouvelle évaluation de la capacité du résident à s'auto-administrer et que le plan de soins aurait dû être mis à jour en cas de changement dans la capacité du résident à s'auto-administrer en toute sécurité.

Sources : Politique d'auto-administration des médicaments par un résident, examen des dossiers cliniques des résidents et entrevues avec le personnel. [563]

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 3 mai 2024

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^e étage,
London (Ontario) N6A 5R2,
Téléphone : (800) 663-3775

RENSEIGNEMENTS SUR LA RÉVISION/L'APPEL

PRENDRE ACTE

Le titulaire de permis a le droit de demander au directeur de réexaminer cet (ces) ordre(s) et/ou cet avis de pénalité administrative conformément à l'article 169 de la Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée (la Loi). Le titulaire de permis peut demander au directeur de surseoir à l'exécution de cet (ces) ordre(s) dans l'attente de la révision. Si un titulaire de permis demande la révision d'un avis de pénalité administrative, l'obligation de paiement est suspendue jusqu'à la décision de la révision.

Remarque : En vertu de la Loi, une redevance de réinspection ne peut faire l'objet d'une révision par le directeur ou d'un appel auprès de la Commission d'appel et de révision des services de santé (CARSS). La demande de révision par le directeur doit être formulée par écrit et signifiée au directeur dans un délai de 28 jours à compter de la date à laquelle l'ordre ou l'avis de pénalité administrative a été signifié au titulaire de permis.

La demande écrite de révision doit comprendre :

- (a) les parties de l'ordre ou de l'avis de pénalité administrative pour lesquelles la révision est demandée;
- (b) toute observation que le titulaire de permis souhaite que le directeur prenne en considération; et
- (c) une adresse de service pour le titulaire de permis.

La demande écrite de révision doit être signifiée personnellement, par courrier recommandé, par courriel ou par service de messagerie commerciale :

Directeur
a/s Coordonnateur des appels
Direction de l'inspection des foyers de
soins de longue durée Ministère des
Soins de longue durée
438 avenue University, 8^e étage
Toronto (Ontario) M7A 1N3

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^e étage,
London (Ontario) N6A 5R2,
Téléphone : (800) 663-3775

Courriel : MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca

Si le service est effectué par :

- (a) courrier recommandé, il est réputé effectué le cinquième jour suivant le jour de l'envoi
- (b) courriel, il est réputé effectué le jour suivant si le document a été signifié après 16 heures.
- (c) service de messagerie commerciale, il est réputé effectué le deuxième jour ouvrable suivant la réception du document par le service de messagerie commerciale

Si un exemplaire de la décision du directeur n'est pas signifié au titulaire de permis dans un délai de 28 jours à compter de la réception de sa demande de révision, cet (ces) ordre(s) est (sont) et/ou cet avis de pénalité administrative est (sont) réputé(s) confirmé(s) par le directeur et, aux fins d'un appel devant la CARSS, le directeur est réputé avoir signifié au titulaire de permis un exemplaire de cette décision à l'expiration de la période de 28 jours.

Conformément à l'article 170 de la Loi, le titulaire de permis a le droit d'interjeter appel auprès de la CARSS :

- (a) Un ordre pris par le directeur en vertu des articles 155 à 159 de la Loi.
- (b) Un avis de pénalité administrative émise par le directeur en vertu de l'article 158 de la Loi.
- (c) La décision de révision du directeur, rendue en vertu de l'article 169 de la Loi, à l'égard d'un ordre d'exécution d'une inspectrice (article 155) ou d'une SAP (article 158).

La CARSS est un tribunal indépendant qui n'est pas lié au ministère. Elle est établie par la Loi pour examiner les questions relatives aux services de soins de santé. Si le titulaire de permis décide d'interjeter appel, il doit le faire par écrit dans un délai de 28 jours à compter de la date à laquelle il a reçu un exemplaire de l'ordre, de l'avis de pénalité administrative ou de la décision du directeur faisant l'objet de l'appel. L'avis d'appel doit être transmis à la fois à la CARSS et au directeur :

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^e étage,
London (Ontario) N6A 5R2,
Téléphone : (800) 663-3775

Commission d'appel et de révision des services de santé

À l'attention du greffier
151 rue Bloor Ouest, 9^e étage
Toronto (Ontario) M5S 1S4

Directeur
a/s Coordonnateur des appels
Direction de l'inspection des foyers de
soins de longue durée Ministère des
Soins de longue durée
438 avenue University, 8^e étage Toronto
(Ontario) M7A 1N3
Courriel : MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca

Dès réception, la CARSS accusera réception de votre avis d'appel et vous fournira des instructions concernant la procédure d'appel et d'audience. Le titulaire de permis peut en savoir plus sur la CARSS en consultant le site Web www.hsarb.on.ca.