

Rapport public**Date d'émission du rapport :** 3 avril 2025**Numéro d'inspection :** 2025-1226-0002**Type d'inspection :**

Inspection proactive de la conformité

Titulaire de permis : Caessant-Care Nursing and Retirement Homes Limited**Foyer de soins de longue durée et ville :** Caessant Care on Bonnie Place,
St Thomas**RÉSUMÉ DE L'INSPECTION**L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 20, 21, 24, 25, 26, 27 et 28 mars 2025, de même que 1^{er}, 2 et 3 avril 2025

L'inspection a eu lieu hors site à la date suivante : 31 mars 2025

L'inspection concernait :

- Dossier : n° 00141157 – Inspection proactive de la conformité – 2025

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

Services de soins et de soutien à l'intention des personnes résidentes
Soins de la peau et prévention des plaies
Alimentation, nutrition et hydratation
Conseils des résidents et des familles
Gestion des médicaments
Prévention et contrôle des infections
Foyer sûr et sécuritaire
Prévention des mauvais traitements et de la négligence
Amélioration de la qualité
Normes en matière de dotation en personnel, de formation et de soins
Droits et choix des personnes résidentes
Gestion de la douleur

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (LRSLD).

Non-respect de : l'alinéa 29(3)19 du Règl. de l'Ont. 246/22

Programme de soins

Paragraphe 29(3) – Le programme de soins doit être fondé au minimum sur l'évaluation interdisciplinaire de ce qui suit au sujet du résident :

19. Les risques qu'il pose en matière de sécurité.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que le programme de soins d'une personne résidente soit fondé au minimum sur l'évaluation interdisciplinaire des risques que posait cette personne en matière de sécurité.

On a réalisé auprès d'une personne résidente une évaluation des risques qu'elle posait en matière de sécurité, mais son programme de soins ne prévoyait pas de directives claires ni d'interventions pour diriger les membres du personnel en ce qui concerne la surveillance et les risques en question. La directrice générale ou le directeur général a confirmé que les objectifs énoncés n'étaient pas axés sur la personne résidente et qu'ils ne s'accompagnaient pas des risques définis en matière de sécurité.

Sources : Examen des politiques applicables, des dossiers cliniques de la personne résidente concernant les évaluations réalisées, des notes sur l'évolution de la situation, du programme de soins et des lettres faisant part d'un cas de non-conformité; démarches d'observation visant la personne résidente et sa chambre; entretiens avec des personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP), une aide-ménagère ou un aide-ménager, une infirmière auxiliaire autorisée ou un infirmier auxiliaire autorisé (IAA), la personne résidente et la directrice générale ou le directeur général.

AVIS ÉCRIT : Programme fondé sur l'évaluation du résident

Problème de conformité n° 001 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la LRSLD.

Non-respect du : paragraphe 6(2) de la LRSLD

Programme de soins

Paragraphe 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 a omis de veiller à ce que les soins prévus dans le programme de soins d'une personne résidente soient fondés sur une évaluation des besoins et des préférences de celle-ci en ce qui concerne l'élimination, la continence, les soins buccaux, l'hygiène personnelle et l'état cognitif.

Dans le programme de soins de la personne résidente, on faisait part d'interventions qui ne correspondaient pas expressément à la situation de la personne, de même que d'interventions et de renseignements incorrects.

Sources : Entretien et démarches d'observation concernant les dossiers médicaux cliniques de la personne résidente, y compris le programme de soins et les notes sur l'évolution de la situation; entretiens avec une PSSP et la coordonnatrice ou le coordonnateur des soins aux personnes résidentes.

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

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

Non-respect de : l'alinéa 6(10)b) de la LRSLD

Programme de soins

Paragraphe 6(10) – Le titulaire de permis veille à ce que le résident fasse l'objet d'une réévaluation et à ce que son programme de soins soit réexaminé et révisé tous les six mois au moins et à tout autre moment lorsque, selon le cas :

b) les besoins du résident en matière de soins évoluent ou les soins prévus dans le programme ne sont plus nécessaires.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'on réexamine et révisé le programme de soins d'une personne résidente quant aux soins relatifs à l'élimination et à la continence urinaire lorsqu'on a réévalué la situation de la personne en matière de continence. Le médecin a évalué l'intégrité épidermique de la personne et on a interrompu l'intervention correspondante.

Lorsqu'on a jugé que l'intervention prévue auprès de la personne résidente quant aux soins de la peau et des plaies n'était plus nécessaire et qu'on a entrepris d'utiliser à l'endroit de la personne un appareil de changement de position pour lequel aucune directive n'avait été énoncée en ce qui touche la position requise et le lieu

correspondant, on a omis de réviser le programme de soins de cette personne. Les besoins de celle-ci en matière de soins liés à l'incontinence ont changé; on a alors interrompu une intervention, mais on a omis de mettre le programme de soins à jour.

La coordonnatrice ou le coordonnateur des soins aux personnes résidentes est également la personne responsable des soins de la peau et des plaies et a confirmé qu'on avait omis de réexaminer et de réviser le programme de soins de la personne résidente lorsque celle-ci a fait l'objet d'une réévaluation de sa situation et que ses besoins en matière de soins ont évolué.

Sources : Examen des dossiers cliniques, plus particulièrement les notes sur l'évolution de la situation; évaluations, dont des évaluations des plaies; tâches au point d'intervention; documentation dans PointClickCare; programme de soins; ordres du médecin à l'intention de la personne résidente; démarches d'observation; entretiens avec la personne résidente de même qu'avec des membres du personnel, à savoir une ou un IAA et la coordonnatrice ou le coordonnateur des soins aux personnes résidentes.

AVIS ÉCRIT : Gestion de la douleur

Problème de conformité n° 003 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la LRSLD.
Non-respect du : paragraphe 57(2) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Gestion de la douleur

Paragraphe 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 qu'on respecte la marche à suivre de gestion de la douleur du foyer lorsque les interventions initiales visant à gérer la douleur d'une personne résidente se sont révélées inefficaces.

Aux termes de l'alinéa 11(1)b) du Règl. de l'Ont. 246/22, si la Loi ou le présent règlement exige que le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée ait, établisse ou par ailleurs mette en place un plan, une politique, un protocole, un programme, une marche à suivre, une stratégie, une initiative ou un système, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que ceux-ci soient respectés.

On a documenté les niveaux de douleur de la personne résidente avant la prise régulière d'analgésiques. On a entrepris une évaluation complète et, pour ce qui est de la douleur, on a constaté que la personne ressentait des niveaux de douleur plus élevés qu'à la normale et que les interventions à cet égard étaient inefficaces. La conclusion de l'évaluation était incomplète et on n'a pris aucune mesure de suivi en lien avec les résultats de celle-ci, ce qu'exige pourtant la marche à suivre du programme de gestion de la douleur du foyer. Il y a un risque qu'on ait omis de gérer comme il se devait la douleur de la personne résidente; en effet, on n'a pas réalisé l'évaluation de la douleur dans son intégralité et on n'a pas non plus pris de mesures suivant celle-ci, comme le demande pourtant la marche à suivre du programme de gestion de la douleur du foyer.

Sources : Entretien avec la personne résidente et démarches d'observation visant celle-ci; entretiens avec une ou un IAA, la directrice ou le directeur des soins infirmiers ainsi que la coordonnatrice ou le coordonnateur des soins aux personnes résidentes; marche à suivre du programme de gestion de la douleur du foyer; dossiers médicaux cliniques de la personne résidente.

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

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

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. Règl. de l'Ont. 246/22, paragraphe 102(2).

Le titulaire de permis a omis de veiller à la mise en œuvre de la Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée (la « Norme »), qui a été délivrée par la directrice ou le directeur. Plus précisément, l'IAA a omis de changer son équipement de protection individuelle (EPI) une fois hors de la chambre d'une personne résidente à l'égard de laquelle il fallait prendre des précautions supplémentaires, et les PSSP ont omis de revêtir l'EPI approprié au moment de servir de la nourriture sur des plateaux ainsi que des boissons aux personnes résidentes à l'endroit desquelles il fallait aussi prendre de telles précautions, comme on l'exige pourtant à l'alinéa 9.1d) de la Norme, qui porte sur les précautions supplémentaires.

On a omis de prendre les précautions supplémentaires requises quant à la bonne utilisation de l'EPI, y compris le choix, le port, le retrait et l'élimination de façon appropriée de cet équipement, ce qui a entraîné un risque de propagation d'infections dans le contexte des soins de santé.

Sources : Démarche d'observation visant l'IAA qui fournissait des soins directs aux personnes résidentes; démarche d'observation visant les PSSP qui servaient de la nourriture et des boissons; examen des précautions affichées quant aux gouttelettes et aux contacts; affiches sur le port et le retrait de l'EPI; examen des mesures de contrôle des éclosions; entretiens avec une ou un IAA, une PSSP et la personne responsable de la prévention et du contrôle des infections.

AVIS ÉCRIT : Cannabis récréatif

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

Non-respect du : paragraphe 142(1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Cannabis récréatif

Paragraphe 142(1) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soient mises en place des politiques et marches à suivre écrites régissant, en ce qui concerne les résidents, la culture, l'obtention, la consommation, l'administration, la possession, l'entreposage et la disposition du cannabis récréatif conformément à toutes les lois applicables, notamment la *Loi sur le cannabis* (Canada), et au *Règlement sur le cannabis* (Canada).

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'on se conforme aux politiques et aux marches à suivre régissant, à l'égard de la personne résidente concernée, la possession et l'entreposage de cannabis récréatif par cette personne.

Aux termes de l'alinéa 11(1)b) du Règl. de l'Ont. 246/22, si la Loi ou le présent règlement exige que le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée ait, établisse ou par ailleurs mette en place une politique, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que cette politique soit respectée.

Dans la politique du foyer Caressant Care relative à l'usage du tabac, au vapotage et à la consommation de cannabis à des fins récréatives par les personnes résidentes, il y a une marche à suivre écrite à l'intention des personnes résidentes qui possèdent et entreposent du cannabis. On a vu des produits à base de cannabis sans surveillance et accessibles, ce qui était contraire à la politique sur la possession et l'entreposage de

cannabis par les personnes résidentes.

Sources : Examen des politiques applicables, des dossiers cliniques de la personne résidente concernant les évaluations réalisées, des notes sur l'évolution de la situation, du programme de soins et des lettres faisant part d'un cas de non-conformité; démarches d'observation visant la personne résidente et sa chambre; entretiens avec des PSSP, une aide-ménagère ou un aide-ménager, une ou un IAA, la personne résidente et la directrice générale ou le directeur général.