

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 du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Rapport public initial

Date de publication du rapport : 8 novembre 2024

Numéro d'inspection : 2024-1293-0003

Type d'inspection :

Inspection proactive de conformité

Titulaire de permis : CVH (n° 6) LP par son commandité, Southbridge Care Homes (société en commandite, par son commandité, Southbridge Health Care GP Inc.)

Foyer de soins de longue durée et ville : Warkworth Place, Warkworth

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 10-11, 15-18, 21-24 octobre 2024

Le rapport suivant a fait l'objet d'une inspection :
Inspection proactive de conformité

Les **protocoles d'inspection** suivants ont été appliqués pendant l'inspection :

- Alimentation, nutrition et hydratation
- Gestion des médicaments
- Foyer sûr et sécuritaire
- Amélioration de la qualité
- Gestion de la douleur
- Soins aux résidents et services de soutien
- Gestion des soins de la peau et prévention et gestion des plaies
- Conseils des résidents et des familles

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 du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Entretien ménager, buanderie et autres services d'entretien
Prévention et contrôle des infections
Comportements réactifs
Prévention des mauvais traitements et de la négligence
Normes en matière de dotation, de formation et de soins
Droits et choix des personnes résidentes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Avis écrit de non-conformité no 001 aux termes de la LRSLD (2021), par. 154 (1) 1.

Non-conformité à : LRSLD, 2021, al. 6 (10) b)

Programme de soins

par. 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 n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente soit réévaluée et que le programme de soins soit réexaminé et révisé tous les six mois au moins et à tout autre moment lorsque les besoins de soins de la personne résidente évoluaient ou que les soins prévus dans le programme n'étaient plus nécessaires.

Justification et résumé

Une composante de l'inspection proactive de conformité (IPC) comprenait un examen de la salle à manger du foyer pendant le service des repas.

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 du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

De multiples observations d'une personne résidente à l'heure des repas ont révélé que celle-ci avait besoin de l'aide du personnel pour se nourrir. Une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) a confirmé les observations de l'inspectrice ou de l'inspecteur selon lesquelles la personne résidente avait besoin d'aide pour se nourrir. Selon le programme de soins de la personne résidente, celle-ci avait besoin d'une certaine aide de la part du personnel pour organiser son repas de sorte qu'elle puisse se nourrir. La dernière évaluation nutritionnelle effectuée pour la personne résidente indiquait qu'elle mangeait de façon autonome. La diététiste professionnelle ou le diététiste professionnel (DP) a confirmé que les besoins de la personne résidente avaient changé depuis sa dernière évaluation.

L'omission de réévaluer la personne résidente lorsque ses besoins de soins avaient changé peut avoir fait en sorte que la personne résidente n'ait pas reçu une alimentation et une hydratation adéquates.

Sources : Dossiers relatifs à la santé de la personne résidente, observations de la personne résidente à l'heure des repas, entrevues avec une PSSP et la ou le DP.

AVIS ÉCRIT : Services d'hébergement

Avis écrit de non-conformité no 002 aux termes de la LRSLD, 2021, par. 154 (1) 1.

Non-conformité à : LRSLD, 2021, al. 19 (2) a)

Services d'hébergement

par. 19 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

le foyer, l'ameublement et le matériel sont toujours propres et sanitaires.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le plancher et la toilette d'une salle de

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 du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

bain commune des personnes résidentes soient toujours propres et sanitaires.

Justification et résumé

L'une des composantes de l'IPC était l'inspection de la propreté du foyer.

Une salle de bain commune utilisée par les personnes résidentes avait une odeur persistante, le revêtement du plancher était taché et collant et le siège de la toilette était sale. La directrice générale ou le directeur général (DG) a reconnu qu'il y avait une odeur persistante dans la salle de bain utilisée par les personnes résidentes et que le plancher et la toilette devaient être nettoyés.

Le droit des personnes résidentes de vivre dans un environnement propre et sanitaire n'était pas respecté lorsque leur environnement n'était pas propre et que des odeurs persistantes étaient présentes.

Sources : Observations et entrevue avec la ou le DG.

AVIS ÉCRIT : Obligation de protéger

Avis écrit de non-conformité no 003 aux termes de la LRSLD, 2021, par. 154 (1) 1.

Non-conformité à : LRSLD, 2021, par. 24 (1)

Obligation de protéger

par. 24 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée protège les résidents contre les mauvais traitements de la part de qui que ce soit et veille à ce que les résidents ne fassent l'objet d'aucune négligence de la part du titulaire de permis ni de la part du personnel.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente soit protégée

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 du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

contre la négligence et les mauvais traitements d'ordre affectif et physique de la part d'une PSSP.

Selon l'article 7 du Règlement de l'Ontario 246/22, la négligence s'entend du défaut de fournir à une personne résidente les traitements, les soins, les services ou l'aide nécessaires à sa santé, à sa sécurité ou à son bien-être et s'entend en outre d'une inaction ou d'une tendance à l'inaction qui compromet la santé, la sécurité ou le bien-être d'une ou de plusieurs personnes résidentes.

Selon l'article 2 du Règlement de l'Ontario 246/22, les mauvais traitements d'ordre affectif s'entendent de gestes, actes, comportements ou remarques menaçants, insultants, intimidants ou humiliants et, notamment, de l'isolement social forcé, de l'ostracisme, du délaissement, du manque de reconnaissance ou de l'infantilisation de la part d'une personne autre qu'une personne résidente.

Selon l'article 2 du Règlement de l'Ontario 246/2, les mauvais traitements d'ordre physique s'entendent de l'usage de la force physique de la part d'une personne autre qu'une personne résidente pour causer des lésions corporelles ou de la douleur.

Justification et résumé

L'une des composantes de l'IPC était l'inspection des mesures de prévention des mauvais traitements et de la négligence.

Un rapport d'incident grave (IG) a été soumis à la directrice ou au directeur pour l'informer des allégations de négligence et de violence affective et physique envers la personne résidente.

Une personne résidente a signalé à l'inspectrice ou à l'inspecteur que ses soins liés

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 du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

à l'incontinence avaient été retardés. La personne résidente a indiqué que les soins prodigués par la PSSP étaient troublants, qu'ils lui ont causé de l'inconfort et que sa demande de ne pas exercer autant de pression n'a pas été reconnue.

Les soins liés à l'incontinence de la personne résidente ont été retardés, la personne résidente était émotionnellement bouleversée et a signalé de l'inconfort lorsque le préposé aux services de soutien à la personne n'a pas respecté la politique de tolérance zéro en matière de mauvais traitements.

Sources : Notes d'évolution, programme de soins, notes d'enquête interne, entrevue avec la personne résidente et le personnel.

AVIS ÉCRIT : Fenêtres

Avis écrit de non-conformité no 004 aux termes de la LRSLD, 2021, par. 154 (1) 1.

Non-conformité à : Règl. de l'Ont. 246/22, art. 19

Fenêtres

par. 19. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque fenêtre du foyer qui ouvre sur l'extérieur et à laquelle ont accès les résidents soit dotée d'une moustiquaire et à ce qu'elle ne puisse pas être ouverte de plus de 15 centimètres.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que toutes les fenêtres du foyer qui s'ouvrent sur l'extérieur et auxquelles ont accès les personnes résidentes ne puissent être ouvertes de plus de 15 centimètres (cm).

Justification et résumé

L'une des composantes de l'IPC était l'inspection de l'environnement au foyer, y

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 du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

compris les fenêtres.

On a observé que la fenêtre d'une chambre d'une personne résidente s'ouvrait de plus de 15 cm. Une personne préposée à l'entretien (PPE) a confirmé que la fenêtre de la chambre d'une personne résidente s'ouvrait de plus de 15 cm.

Le défaut de s'assurer que la fenêtre ne puisse s'ouvrir de plus de 15 cm risquait de nuire à la sécurité de la personne résidente.

Sources : Observation de la fenêtre dans la chambre numéro un et entrevue avec un membre du personnel.

AVIS ÉCRIT : Système de communication bilatérale

Avis écrit de non-conformité no 005 aux termes de la LRSLD, 2021, par. 154 (1) 1.

Non-conformité à : Règl. de l'Ont. 246/22, al. 20 a)

Système de communication bilatérale

par. 20. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer soit doté d'un système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel qui réunit les conditions suivantes :

a) il est aisément visible, accessible et utilisable par les résidents, le personnel et les visiteurs en tout temps;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente dispose d'un système de communication bilatéral qui lui était accessible.

Justification et résumé

Une personne résidente a été observée en train de tenter d'atteindre sa sonnette

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 du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

d'appel. Il y avait une table de chevet entre la personne résidente et le cordon de sa sonnette d'appel. La personne résidente a déclaré qu'elle voulait retourner au lit en raison d'un malaise, mais que la sonnette d'appel n'était pas à sa portée. La ou le DG a confirmé que l'on s'attendait à ce que le personnel s'assure toujours que les cordons de sonnette d'appel sont à la portée des personnes résidentes, selon le besoin.

Le fait de ne pas s'assurer que la personne résidente avait accès au système de communication bilatéral l'exposait à un risque que ses besoins personnels ne soient pas satisfaits ou que sa douleur ne soit pas gérée lorsqu'elle n'était pas en mesure d'activer sa sonnette d'appel pour obtenir de l'aide du personnel.

Sources : Observation et entrevue avec la personne résidente et la ou le DG.

AVIS ÉCRIT : Température ambiante

Avis écrit de non-conformité no 006 aux termes de la LRSLD 2021, par. 154 (1) 1.

Non-conformité à : Règl. de l'Ont. 246/22, par. 24 (1)

Température ambiante

par. 24 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que la température ambiante du foyer soit maintenue à au moins 22 degrés Celsius.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la température ambiante au foyer soit maintenue à une température minimale de 22 degrés Celsius.

Justification et résumé

Une composante de l'IPC comprenait un examen des températures ambiantes au foyer.

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 du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Un examen des registres des températures au foyer d'août à octobre 2024 a révélé que la température de l'air intérieur dans diverses zones et chambres des personnes résidentes était inférieure à 22 degrés Celsius pendant plusieurs jours.

La ou le responsable des services diététiques et services environnementaux (RSD/RSE) a reconnu que les températures ambiantes étaient tombées sous 22 degrés Celsius à plusieurs reprises. La ou le responsable a souligné que le personnel n'avait pas signalé ces fluctuations et qu'aucune mesure corrective n'avait donc été prise.

L'omission de maintenir la température du foyer à une température minimale de 22 degrés Celsius pourrait avoir causé de l'inconfort parmi les personnes résidentes.

Sources : Registres des températures ambiantes et entrevue avec la ou le RSD/RSE.

AVIS ÉCRIT : Température ambiante

Avis écrit de non-conformité no 007 aux termes de la LRSLD 2021, par. 154 (1) 1.

Non-conformité à : Règl. de l'Ont. 246/22, par. 24(3)

Température ambiante

par. 24 (3) La température qui doit être mesurée en application du paragraphe (2) est consignée au moins une fois le matin, une fois l'après-midi, entre 12 h et 17 h, et une fois le soir ou la nuit.

Le titulaire de permis ne s'est pas assuré que le foyer mesurait et consignait les températures ambiantes dans les zones visées au paragraphe (2) au moins une fois le matin, une fois l'après-midi entre 12 h et 17 h et une fois le soir ou la nuit.

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 du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Justification et résumé

Une composante de l'IPC comprenait un examen des températures ambiantes au foyer.

Un examen des registres des températures au foyer pour les mois d'août à octobre 2024 a révélé des écarts dans la consignation des températures ambiantes au foyer sur plusieurs jours pendant les quarts de travail de l'après-midi et du soir. De plus, les températures ambiantes au foyer n'avaient pas été consignées du 3 septembre 2024 au 3 octobre 2024. La ou le RSD/RSE a reconnu qu'il y avait des écarts dans le registre des températures ambiantes à plusieurs reprises.

Le fait de ne pas consigner systématiquement les températures de l'air ambiant peut avoir entraîné des températures qui étaient hors de la plage requise, ce qui a causé de l'inconfort aux personnes résidentes.

Sources : Registres des températures ambiantes et entrevue avec la ou le RSD/RSE.

AVIS ÉCRIT : Soins buccaux

Avis écrit de non-conformité no 008 aux termes de la LRSLD 2021, par. 154 (1) 1.

Non-conformité à : Règl. de l'Ont. 246/22, al. 38 (1)a)

Soins buccaux

par. 38 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque résident du foyer reçoive des soins buccaux lui permettant de conserver l'intégrité des tissus buccaux. On entend notamment ce qui suit par soins buccaux :

a) les soins de la bouche matin et soir, notamment le nettoyage des prothèses

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 du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

dentaires;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente reçoive des soins buccaux le matin pour maintenir l'intégrité de son tissu buccal.

Justification et résumé

Une composante de l'IPC comprenait la vérification de la conformité aux services de soutien personnel.

La personne résidente refusait souvent les soins buccaux et avait besoin de l'aide du personnel pour obtenir ces soins buccaux deux fois par jour.

Une PSSP a déclaré que la personne résidente ne recevait pas de soins buccaux en raison d'une pénurie de personnel et que la personne résidente n'avait pas reçu de soins buccaux à une date spécifiée. La PSSP a également indiqué qu'elle n'avait pas le temps de remplir tous les documents liés aux soins de la personne résidente, y compris les soins buccaux dans le système Point de service (PDS). Les documents sur les soins buccaux de la personne résidente indiquaient que celle-ci n'avait pas reçu de soins buccaux le matin et le soir à plusieurs reprises en raison de son refus, et que la documentation était incomplète pendant plusieurs jours.

Les horaires de dotation ont confirmé qu'il y avait des pénuries de PSSP lorsque les soins buccaux n'étaient pas fournis à la personne résidente et que la documentation était incomplète.

Il y avait un risque que l'intégrité des tissus buccaux et la santé de la personne résidente ne soient pas maintenues lorsque les soins buccaux n'étaient pas assurés ou consignés.

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 du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Sources : Rapport d'enquête sur le programme de soins et la documentation, calendriers de dotation et entrevue avec un membre du personnel.

AVIS ÉCRIT : Programmes obligatoires

Avis écrit de non-conformité no 009 aux termes de la LRSLD 2021, par. 154 (1) 1.

Non-conformité à : Règl. de l'Ont. 246/22, par. 53(1) 3.

Programmes obligatoires

par. 53 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soient élaborés et mis en œuvre au foyer les programmes interdisciplinaires suivants :

3. Un programme de facilitation des selles et de soins liés à l'incontinence visant à promouvoir la continence et à faire en sorte que les résidents soient propres et au sec et se sentent en confort.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à la mise en œuvre au foyer du programme de facilitation des selles et de soins liés à l'incontinence élaboré pour faire en sorte que les personnes résidentes soient propres et au sec et se sentent en confort.

Justification et résumé

Une composante de l'IPC comprenait la vérification de la conformité aux services de soutien personnel.

La politique sur les soins liés à l'incontinence exigeait que le personnel autorisé évalue toutes les personnes résidentes à l'admission et tous les trimestres, tout en prenant en considération tout changement important de l'état qui pourrait avoir une incidence sur la continence intestinale ou vésicale d'une personne résidente, à l'aide de l'outil complet d'évaluation de la continence disponible dans Point Click Care

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 du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

(PCC). Le personnel devait mettre en œuvre des stratégies et des interventions pour gérer l'incontinence chez les personnes résidentes qui n'étaient pas en mesure d'améliorer leur niveau de continence, et ce, en ayant recours à des routines de toilette appropriées et en utilisant correctement les produits d'incontinence appropriés. Toutes les données relatives aux soins et à l'élimination devaient être saisies dans le système PDS.

On a amorcé une évaluation de la continence pour une personne résidente qui souffrait d'incontinence, mais elle était incomplète. Aucun facteur contributif ni aucune option de traitement n'ont été consignés concernant les soins liés à l'incontinence de la personne résidente.

Une PSSP a déclaré que la personne résidente n'était pas en mesure de communiquer lorsque son sous-vêtement était mouillé et qu'elle n'avait pas reçu de soins de routine liés à l'incontinence en raison d'une pénurie de personnel. La PSSP a également indiqué qu'elle n'avait pas le temps de remplir tous les documents liés aux soins fournis à la personne résidente, ce qui comprenait la saisie de l'élimination dans le système PDS.

L'omission d'effectuer les évaluations de la continence et de saisir les données sur l'élimination n'a pas permis d'évaluer adéquatement l'état de continence de la personne résidente dans le but de mettre en œuvre des stratégies et des interventions pour gérer l'incontinence de la personne résidente et l'élimination.

Sources : Programme de soins, évaluation de la continence et une entrevue avec un membre du personnel.

AVIS ÉCRIT : Programmes obligatoires

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 du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Avis écrit de non-conformité no 010 aux termes de la LRSLD 2021, par. 154 (1) 1.

Non-conformité à : Règl. de l'Ont. 246/22, par. 53 (1) 4.

Programmes obligatoires

par. 53 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soient élaborés et mis en œuvre au foyer les programmes interdisciplinaires suivants :

4. Un programme de gestion de la douleur visant à déceler la douleur chez les personnes résidentes et à la gérer. Règl. de l'Ont. 246/22, art. 53 (1); Règl. de l'Ont. 66/23, art. 10.

1) Le titulaire de permis n'a pas veillé à la mise en œuvre de son programme de gestion de la douleur visant à déceler et à gérer la douleur dont souffrait la personne résidente.

Justification et résumé

L'une des composantes de l'IPC consistait à vérifier la conformité aux mesures de gestion de la douleur.

Plus précisément, le programme de gestion de la douleur exigeait que l'équipe interdisciplinaire participe à des interventions dans son champ de pratique pour aider à atténuer la douleur et à atteindre les objectifs fixés pour la personne résidente.

Une personne résidente et une PSSP ont déclaré que cette première souffrait de douleurs non gérées et que ses médicaments antidouleur n'étaient pas toujours administrés aux heures prévues. On obtenait des prescriptions de médicaments antidouleur courants pour la personne résidente afin d'atténuer sa douleur. La documentation a révélé qu'à plusieurs reprises, la personne résidente avait reçu ses médicaments antidouleur plus d'une heure après l'heure prévue d'administration

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 du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

des médicaments.

Le confort de la personne résidente était à risque lorsque le personnel infirmier autorisé ne lui a pas administré les médicaments antidouleur aux heures prévues.

Sources : Notes d'évolution, programme de gestion de la douleur, politique, douleur/soins palliatifs, nouvelle évaluation de la douleur et entrevues avec la personne résidente et le personnel.

2) Plus précisément, le programme de gestion de la douleur exigeait que le personnel autorisé effectue une évaluation complète de la douleur pour toutes les personnes résidentes qui étaient en mesure de déclarer avec exactitude la douleur dont elles souffraient, en posant un nouveau diagnostic de maladie douloureuse à l'aide de l'évaluation de la douleur disponible dans PCC.

Une personne résidente a déclaré qu'elle éprouvait de la douleur non gérée et qu'elle n'avait pas fait l'objet d'une évaluation complète de la douleur dans PCC.

Le score de douleur numérique de la personne résidente était de six ou plus élevé à plusieurs reprises. Les médicaments antidouleur courants de la personne résidente n'étaient pas toujours efficaces pour gérer sa douleur. Les PSSP et le personnel infirmier autorisé ont déclaré et consigné que la personne résidente demandait à recevoir le médicament selon le besoin et que la raison de l'administration du médicament n'était pas toujours consignée.

Le personnel autorisé et la directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI) a confirmé que le personnel infirmier autorisé n'avait pas effectué d'évaluation complète de la douleur lorsque la personne résidente éprouvait de la douleur non gérée.

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 du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Le bien-être de la personne résidente était également à risque lorsque le personnel autorisé n'a pas effectué une évaluation complète de la douleur pour évaluer l'efficacité des médicaments antidouleur que prenait la personne résidente.

Sources : Notes d'évolution, programme de gestion de la douleur, politique, douleur/soins palliatifs, nouvelle évaluation de la douleur et entrevues avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Facilitation des selles et soins liés à l'incontinence

Avis écrit de non-conformité no 011 aux termes de la LRSLD 2021, par. 154 (1) 1.

Non-conformité à : Règl. de l'Ont. 246/22, al. 56 (2) g)

Facilitation des selles et soins liés à l'incontinence

par. 56 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

g) les résidents qui ont besoin de produits pour incontinence disposent d'assez de produits de rechange pour demeurer propres et au sec et se sentir en confort;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente dispose d'assez de produits de rechange pour demeurer propre et au sec et se sentir en confort.

Justification et résumé

Une composante de l'IPC comprenait la vérification de la conformité à l'obligation de fournir des services de soutien personnel.

Le programme de soins de la personne résidente ayant trait aux soins liés à l'incontinence exigeait que la personne résidente reçoive un soutien complet de la part du personnel et que soit vérifié le sous-vêtement de la personne résidente

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 du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

toutes les deux ou trois heures ou plus souvent, si le sous-vêtement était mouillé à une plus grande fréquence.

Une PSSP a déclaré que la personne résidente n'était pas en mesure de communiquer lorsque son sous-vêtement était mouillé et qu'elle n'avait pas reçu de soins de routine liés à l'incontinence en raison d'une pénurie de personnel. La PSSP a également indiqué qu'elle n'avait pas le temps de remplir la documentation faisant état des soins prodigués à la personne résidente, ce qui comprenait la saisie des données sur l'élimination dans le système PDS.

Les horaires de dotation ont confirmé qu'il y avait des pénuries de PSSP lorsque la personne résidente n'a pas reçu les soins prévus liés à l'incontinence toutes les deux ou trois heures et que les données consignées relativement à l'élimination étaient incomplètes.

Le fait de ne pas fournir de soins liés à l'incontinence en fonction des besoins évalués de la personne résidente exposait cette dernière à un risque d'atteinte à l'intégrité épidermique et d'infections urinaires en raison de son incontinence.

Sources : Programme de soins, rapport d'enquête sur la documentation et entrevue avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Service de restauration et de collation

Avis écrit de non-conformité no 012 aux termes de la LRSLD 2021, par. 154 (1) 1.

Non-conformité à : Règl. de l'Ont. 246/22, al. 79 (2) b)

Service de restauration et de collation

par. 79 (2) Le titulaire de permis veille à ce qui suit :

b) aucun repas n'est servi à un résident qui a besoin d'aide pour manger ou boire

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 du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

avant que quelqu'un soit disponible pour lui fournir l'aide dont il a besoin.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'aucune personne résidente ayant besoin d'aide pour manger ou boire ne reçoive un repas avant que quelqu'un soit disponible pour lui fournir l'aide dont elle a besoin.

Justification et résumé

Une composante de l'IPC comprenait un examen de la salle à manger du foyer pendant le service des repas.

L'observation d'une personne résidente dans la salle à manger pendant le service du dîner a révélé que la personne résidente était assise avec une assiette de nourriture sans ustensiles devant elle et qu'aucun membre du personnel n'était présent pour l'aider.

La ou le DSI a indiqué que le repas des personnes résidentes qui ont besoin d'aide à l'heure des repas devrait être servi seulement une fois qu'un membre du personnel est disponible pour les aider.

Le fait de ne pas s'assurer que la personne résidente recevait l'aide dont elle avait besoin avant qu'un repas soit servi peut avoir entraîné une réduction de la palatabilité du repas en raison d'une baisse de sa température, ainsi qu'un manque de nutrition et d'hydratation.

Sources : Observations de la personne résidente à l'heure des repas, entrevues avec la ou le DSI.

AVIS ÉCRIT : Services d'entretien

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 du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Avis écrit de non-conformité no 013 aux termes de la LRSLD 2021, par. 154 (1) 1.

Non-conformité à : Règl. de l'Ont. 246/22, al. 96 (1) b)

Services d'entretien

par. 96 (1) Dans le cadre du programme structuré de services d'entretien prévu à l'alinéa 19 (1) c) de la Loi, le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

b) des calendriers et des marches à suivre sont prévus en ce qui concerne l'entretien périodique, préventif et correctif.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme structuré de services d'entretien comprenne des calendriers et des marches à suivre en ce qui concerne l'entretien correctif.

Justification et résumé

L'une des composantes de l'IPC était l'inspection de l'état de réparation dans l'environnement au foyer.

Il y avait des fissures dans le plafond et les murs des chambres de plusieurs personnes résidentes et aires communes des personnes résidentes. On a constaté des fissures et des carreaux brisés dans le revêtement du plancher. On a observé qu'une salle de bain commune de personnes résidentes était en mauvais état : revêtements de sol tachés, carreaux de plancher manquants et brisés, murs présentant plusieurs marques d'éraflure, support de papier hygiénique manquant et plaques de cloison sèche sans peinture.

Une personne préposée à l'entretien (PPE) a déclaré qu'elle était responsable de l'entretien correctif au foyer et qu'elle accorderait la priorité aux travaux à effectuer quotidiennement. Elle n'était pas au courant des calendriers ou des procédures 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 du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

place pour l'entretien correctif. La ou le RSD/RSE a reconnu qu'elle ou il était au courant des réparations à effectuer dans l'ensemble du foyer. La ou le RSD/RSE a indiqué que des devis avaient été obtenus pour les travaux d'entretien, mais n'a pas pu fournir de date prévue.

Les personnes résidentes étaient à risque lorsque le foyer n'était pas maintenu en bon état et qu'il n'y avait pas de calendrier ou de procédures en place pour remédier au délabrement ni de délai précis pour l'exécution des réparations.

Sources : Observation des chambres de personnes résidentes et des aires communes et entrevues avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

Avis écrit de non-conformité no O14 aux termes de la LRSLD 2021, par. 154 (1) 1.

Non-conformité à : Règl. de l'Ont. 246/22, al. 102 (2) b)

Programme de prévention et de contrôle des infections

par. 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, art. 102 (2).

1) Le titulaire de permis n'a pas mis en œuvre la norme ou le protocole à l'égard de la prévention et du contrôle des infections (PCI) établi par la directrice ou le directeur en ce qui concerne l'hygiène des mains des personnes résidentes, aux moments exigés.

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 du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Selon l'alinéa 9.1 b) de la Norme de PCI pour les foyers de soins de longue durée, révisée en septembre 2023, le titulaire de permis devait s'assurer que les pratiques courantes étaient respectées dans le cadre du programme de PCI et, à tout le moins, qu'elles comprenaient l'hygiène des mains, y compris, sans s'y limiter, aux quatre moments où il fallait assurer cette hygiène des mains, soit avant le contact initial entre la personne résidente et l'environnement des personnes résidentes, avant toute intervention aseptique, après le risque d'exposition à des liquides corporels, et après le contact entre la personne résidente et l'environnement des personnes résidentes.

Justification et résumé

Une PSSP n'a pas pris les mesures d'hygiène des mains requises après avoir touché le linge souillé de la personne résidente et l'environnement pendant qu'elle faisait le lit de cette dernière.

La ou le responsable de la PCI a confirmé que tout le personnel devait se laver les mains avant et après un contact avec une personne résidente ou l'environnement d'une personne résidente.

L'omission de la PSSP de se laver les mains entre son contact avec une personne résidente et son contact avec la suivante personne résidente exposait les personnes résidentes à un risque de contracter des maladies infectieuses.

Sources : Observation, entrevue avec une PSSP et la ou le responsable de la PCI.

2) Le titulaire de permis n'a pas mis en œuvre la norme ou le protocole établi par la directrice ou le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections.

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins
de longue durée
Direction de l'inspection des foyers de soins
de longue durée

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

L'article 11.6 de la Norme de PCI pour les foyers de soins de longue durée (SLD) de septembre 2023 exigeait que le titulaire de permis veille à ce que les pratiques courantes et les précautions supplémentaires soient respectées dans le cadre du programme de PCI, en particulier l'installation au niveau des entrées et dans tout le foyer d'affiches qui présentent les signes et les symptômes des maladies infectieuses à des fins d'autosurveillance et les mesures à prendre si une maladie infectieuse est soupçonnée ou confirmée chez une personne.

Justification et résumé

L'une des composantes de l'IPC était l'inspection des pratiques de prévention et de contrôle des infections au foyer.

Lors d'une visite du foyer, on a constaté l'absence d'affiches qui présentent les signes et les symptômes des maladies infectieuses à des fins d'autosurveillance et les mesures à prendre si une maladie infectieuse est soupçonnée ou confirmée chez une personne.

Les affiches installées à l'entrée principale présentaient notamment l'outil de dépistage de la COVID-19 pour les foyers de soins de longue durée et le dépistage de la rougeole.

La ou le responsable de la prévention et du contrôle des infections (PCI) a reconnu que les affiches à l'entrée principale pour le dépistage des maladies infectieuses ne précisait pas les mesures à prendre si une maladie infectieuse était soupçonnée ou confirmée chez une personne.

Les personnes résidentes peuvent avoir été exposées à un risque accru de maladie infectieuse en raison de l'absence, dans l'ensemble du foyer, d'affiches qui présentent les signes et les symptômes des maladies infectieuses à des fins

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 du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

d'autosurveillance et les mesures à prendre si une maladie infectieuse est soupçonnée ou confirmée chez une personne.

Sources : Observations et entrevue avec la ou le responsable de la PCI.

AVIS ÉCRIT : Système de gestion des médicaments

Avis écrit de non-conformité no 015 aux termes de la LRSLD 2021, par. 154 (1) 1.

Non-conformité à : Règl. de l'Ont. 246/22, par. 123 (2)

Système de gestion des médicaments

par. 123 (2) Le titulaire de permis veille à ce que des politiques et des protocoles écrits soient élaborés pour le système de gestion des médicaments afin de veiller à ce que tous les médicaments utilisés au foyer soient acquis, préparés, reçus, entreposés, administrés, détruits et éliminés de façon rigoureuse.

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la politique de gestion des médicaments, en assurant tout particulièrement l'acquisition, la réception et l'administration exactes des médicaments d'une personne résidente.

Justification et résumé

L'une des composantes de l'IPC consistait à vérifier la conformité dans le cadre de l'administration des médicaments.

Plus précisément, le personnel autorisé ne s'est pas conformé à la politique sur les médicaments qui faisait partie du programme de gestion des médicaments du titulaire de permis et qui exigeait d'aviser immédiatement la pharmacie devant fournir le médicament et le médecin ou l'infirmière praticienne ou l'infirmier praticien (IP) si un médicament commandé n'était pas disponible en vue de son

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 du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

administration.

La personne résidente no 008 éprouvait de l'inconfort et a demandé ses antidouleurs qui devaient être administrés selon le besoin. Une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé (IA) a consigné que le médicament antidouleur de la personne résidente, qui était une substance contrôlée, n'était pas disponible et que le médicament avait été emprunté à la personne résidente no 017. Le registre de suivi du nombre de narcotiques administrés à la personne résidente no 017 montrait qu'un comprimé du médicament antidouleur avait été emprunté pour l'administrer à la personne résidente no 008. Il n'y avait aucune entrée dans le registre de suivi du nombre de narcotiques administrés à la personne résidente no 008 ou dans son dossier électronique d'administration des médicaments (e-MAR) indiquant que cette personne résidente avait reçu les médicaments antidouleur à administrer selon le besoin. La ou le DSI a indiqué que le personnel autorisé aurait dû aviser la pharmacie ou se rendre à la pharmacie d'urgence lorsque les médicaments antidouleur prévus de la personne résidente n'étaient pas disponibles aux fins d'administration.

La personne résidente présentait un risque de douleur non gérée lorsque ses médicaments antidouleur n'étaient pas disponibles aux fins d'administration.

Sources : Notes d'évolution, e-MAR de la personne résidente no 008, registres combinés du nombre de narcotiques contrôlés des personnes résidentes nos 008 et 17 et entrevue avec la ou le DSI.

AVIS ÉCRIT : Administration des médicaments

Avis écrit de non-conformité no 016 aux termes de la LRSLD 2021, par. 154 (1) 1.

Non-conformité à : 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 du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Administration des médicaments

par. 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, art. 140 (2)

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les médicaments aient été administrés à une personne résidente conformément au mode d'emploi fourni par le prescripteur.

Justification et résumé

L'une des composantes de l'IPC consistait à vérifier la conformité aux instructions d'administration des médicaments.

Une personne résidente s'est fait prescrire un médicament antiviral pendant sept jours pour traiter une affection cutanée et la crème thérapeutique n'a pas été appliquée à quatre occasions. L'IAA et l'IA ont reconnu que la personne résidente n'avait pas reçu la crème thérapeutique médicamenteuse, comme prescrit.

Le bien-être et l'état de la peau de la personne résidente risquaient d'empirer lorsqu'elle n'a pas reçu sa crème thérapeutique médicamenteuse, comme prescrit.

Sources : Notes d'évolution, e-MAR et entrevues avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Comité d'amélioration constante de la qualité

Avis écrit de non-conformité no 017 aux termes de la LRSLD 2021, par. 154 (1) 1.

Non-conformité à : Règl. de l'Ont. 246/22, par. 166 (2) 8.

Comité d'amélioration constante de la qualité

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 du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

par. 166 (2) Le comité d'amélioration constante de la qualité se compose d'au moins les personnes suivantes :

8. Au moins un employé du titulaire du permis qui a été embauché comme préposé aux services de soutien personnel ou pour fournir de tels services au foyer et qui satisfait aux qualités des préposés aux services de soutien personnel visées à l'article 52.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le Comité d'amélioration continue de la qualité (ACQ) inclue une employée ou un employé du titulaire qui avait été embauché(e) comme personne préposée aux services de soutien personnel et qui fournit des services de soutien personnel au foyer.

Justification et résumé

Une composante de l'IPC comprenait l'inspection de l'Enquête sur l'amélioration de la qualité et l'expérience des personnes résidentes, des familles et des soignantes et soignants.

Un examen du procès-verbal de la réunion du Comité d'ACQ du 12 juillet 2024 a révélé qu'aucune PSSP ne participait aux réunions.

La directrice générale ou le directeur générale général (DG) a confirmé qu'aucune PSSP ne siège au comité d'ACQ et qu'il en a été ainsi depuis son entrée en fonctions dans ce poste en avril 2024.

Le risque que pose le fait de ne pas inviter des PSSP à participer aux réunions d'ACQ est que le personnel de première ligne n'a peut-être pas l'occasion de contribuer au plan d'amélioration de la qualité du foyer de soins de longue durée.

Sources : Procès-verbal de la réunion d'ACQ du foyer, entrevue avec la ou le DG.

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 du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

ORDRE DE CONFORMITÉ no 001 Programme de soins

Non-conformité no 018 Ordre de conformité aux termes de la LRSLD, 2021, par. 154
(1) 2.

Non-conformité à : LRSLD, 2021, par. 6 (7)

Programme de soins

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

L'inspectrice ou l'inspecteur ordonne au titulaire de permis de respecter un ordre de conformité [LRSLD 2021, alinéa 155(1)a) :

Plus précisément, le titulaire de permis doit veiller à la prise des mesures suivantes :

1. La ou le DSI doit élaborer et mettre en œuvre un processus écrit qui indique qui est responsable de s'assurer que le programme de soins des personnes résidentes nos 001 et 012 est suivi et que leurs besoins au chapitre des soins sont satisfaits.

Le processus élaboré doit comprendre les directives que voici :

a) La personne résidente no 001 doit faire l'objet d'une surveillance du point de vue de la sécurité selon le besoin pour gérer ses comportements réactifs.

b) Il faut affecter le nombre requis de membres du personnel à la personne résidente no 012 pour lui prodiguer les soins liés à l'incontinence et la positionner lorsqu'elle se trouve dans son lit.

2. La ou le DSI ou la personne désignée par la direction doit informer le personnel concerné sur la marche à suivre pour s'assurer que sont satisfaits les besoins de soins des personnes résidentes nos 001 et 012 dans le cadre des processus

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 du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

énoncés à la partie 1. Il y a lieu de tenir des registres comprenant le nom de la personne qui donne la formation, le contenu de la formation, les dates, le nom et la signature des membres du personnel formés.

3. Fournir immédiatement sur demande à l'inspectrice ou à l'inspecteur le processus couché par écrit et les documents de formation.

Motifs

1) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins énoncés dans le programme de soins soient fournis à la personne résidente no 001 comme il est précisé dans le programme.

Justification et résumé

Une composante de l'IPC était la visite du foyer.

Lors de la visite, la personne résidente no 001 a été observée à l'extérieur de sa chambre en l'absence de personnel. Selon son programme de soins, la personne résidente doit faire l'objet d'une surveillance individuelle de la part d'un membre du personnel pour gérer ses comportements et lui offrir des distractions.

Une entrevue avec la PSSP no 104 a permis de confirmer qu'elle n'était pas à côté de la personne résidente lors de l'observation faite par l'inspectrice ou l'inspecteur, contrairement à ce que recommande le programme de soins de ladite personne résidente. La ou le DSI du foyer a confirmé que la personne résidente devait faire l'objet d'une surveillance individuelle et qu'on s'attendait à ce qu'un membre du personnel se tienne proche d'elle.

Le fait de ne pas veiller à ce qu'une surveillance individuelle soit assurée comme l'exige le programme de soins de la personne résidente no 001 aurait pu accroître 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 du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

risque d'autres comportements réactifs.

Sources : Observations de la personne résidente no 001 et entrevues avec la PSSP no 104 et la ou le DSI du foyer.

2) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins liés à l'incontinence tels qu'énoncés dans le programme de soins soient fournis à une personne résidente.

Justification et résumé

L'une des composantes de l'IPC était l'inspection des mesures de prévention des mauvais traitements et de la négligence.

Une personne résidente a signalé à l'inspectrice ou à l'inspecteur que ses soins liés à l'incontinence avaient été retardés. La personne résidente a indiqué que les soins prodigués par la PSSP étaient troublants, qu'ils lui ont causé de l'inconfort et que sa demande de ne pas exercer autant de pression n'a pas été reconnue.

Le programme de soins de la personne résidente exigeait que deux membres du personnel fournissent les soins liés à l'incontinence de la personne résidente pendant qu'elle se trouvait dans son lit. La ou le DSI a confirmé que l'enquête interne avait révélé que la PSSP fournissait les soins liés à l'incontinence de la personne résidente sans la présence d'un deuxième membre du personnel.

Le fait de ne pas s'assurer que deux membres du personnel l'aidaient à se déplacer dans le lit faisait courir à la personne résidente le risque de subir de l'inconfort en raison de ses capacités physiques réduites de faciliter son repositionnement.

Sources : Notes d'évolution, programme de soins, notes d'enquête interne et entrevue avec la personne résidente et la ou le DSI.

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 du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 24 janvier 2025

ORDRE DE CONFORMITÉ NO 002 Programme de soins

Non-conformité no 019 Ordre de conformité aux termes de la LRSLD, 2021, par. 154
(1) 2.

Non-conformité à : LRSLD, 2021, al. 6 (9) 1.

Programme de soins

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

1. La prestation des soins prévus dans le programme de soins.

L'inspectrice ou l'inspecteur ordonne au titulaire de permis de respecter un ordre de conformité [LRSLD 2021, alinéa 155(1)a] :

Plus précisément, le titulaire de permis doit veiller à la prise des mesures suivantes :

1. Dans les deux semaines suivant la réception de cet ordre de conformité, la ou le DSI ou le personnel autorisé désigné doit effectuer une vérification quotidienne pour les personnes résidentes nos 006 et 014 le jour, le soir et la nuit pendant une période de deux semaines pour s'assurer que les personnes préposées aux services de soutien personnel remplissent leurs documents. Les vérifications permettront de s'assurer que les personnes résidentes reçoivent les soins précisés dans leur programme et que tous les soins fournis sont consignés avec exactitude par la PSSP.
2. Le vérificateur doit immédiatement fournir de l'information au besoin et soutenir le personnel en cas de pénurie de personnel qui limite la capacité du personnel présent de remplir les documents requis sur les soins fournis aux personnes

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 du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

résidentes, en raison de contraintes de temps.

3. Les vérifications doivent inclure le nom des membres du personnel ayant fait l'objet de la vérification, le nom de la personne qui s'est chargée de la vérification, les dates auxquelles la vérification s'est faite et toute mesure corrective prise. Il faut inclure toute erreur ou omission et préciser le nom de la personne qui a commis l'erreur et les mesures prises pour corriger la non-conformité.

4. Tenir un dossier des vérifications effectuées et remettre l'information sans tarder à l'inspectrice ou à l'inspecteur, sur demande.

Motifs

1) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la prestation des soins énoncés dans le programme de soins d'une personne résidente soit consignée.

Justification et résumé

Une composante de l'IPC comprenait la vérification de la conformité aux services de soutien personnel.

Les PSSP étaient tenus de consigner les soins fournis à la personne résidente durant chaque quart de travail à l'aide du système PDS. Il s'agissait notamment de consigner si la personne résidente avait reçu des soins liés à l'incontinence et des soins buccaux et si les soins de la personne résidente étaient prodigués conformément à son programme de soins.

La documentation d'une personne résidente était incomplète en ce qui concernait les soins liés à l'incontinence et les soins buccaux. Une PSSP a reconnu qu'il y avait des moments où elle n'avait pas le temps de consigner ses interventions en raison de la charge de travail et des pénuries de personnel. Des pénuries de personnel ont

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 du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

été relevées certains jours où la documentation n'était pas remplie.

La ou le DSI a confirmé que tous les membres du personnel sont tenus de consigner dans le système PDS les résultats des soins fournis durant chaque quart de travail.

Le fait de ne pas s'assurer de consigner les soins fournis qui sont prévus dans le programme de soins de la personne résidente compromettrait son bien-être en raison d'une réduction de la capacité à surveiller et à évaluer efficacement les interventions dont elle faisait l'objet.

Sources : Rapport d'enquête sur la documentation et entrevues avec le personnel.

2) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la prestation des soins prévus dans le programme de soins d'une personne résidente soit consignée.

Justification et résumé

Un examen du rapport de l'enquête sur la documentation de la personne résidente no 014 a révélé des lacunes dans la documentation sur la prise des repas pendant plusieurs jours au déjeuner et au dîner.

La PSSP no 113 a indiqué que généralement, les PSSP n'ont pas le temps de remplir la documentation et que cette responsabilité est souvent omise. Des pénuries de personnel ont été relevées certains jours où il manquait de la documentation.

La ou le DSI a confirmé qu'il manquait de la documentation pour les repas de la personne résidente no 014 pendant plusieurs jours. De plus, la ou le DSI a informé

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 du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

l'inspectrice ou l'inspecteur que le foyer s'attendait à ce que, lors des repas et la non-consommation de nourriture, le personnel le consigne en utilisant les tâches du système PDS même lorsqu'il y a un manque de personnel.

Le fait de ne pas s'assurer que la prestation des soins décrits dans le programme de soins était consignée pour la personne résidente no 014 pourrait avoir donné lieu à des données inexactes sur la consommation d'aliments et de liquides.

Sources : Dossiers médicaux de la personne résidente no 014 et entrevues avec la PSSP no 113 et la ou le DSI.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le
24 janvier 2025.

ORDRE DE CONFORMITÉ NO 003 Services d'hébergement

Non-conformité no 020 Ordre de conformité aux termes de la LRSLD, 2021, par. 154 (1) 2.

Non-conformité à : LRSLD, 2021, al. 19 (2) c)

Services d'hébergement

par. 19 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

c) le foyer, l'ameublement et le matériel sont entretenus de sorte qu'ils soient sûrs et en bon état.

L'inspectrice ou l'inspecteur ordonne au titulaire de permis de respecter un ordre de conformité [LRSLD 2021, alinéa 155(1)a) :

Plus précisément, le titulaire de permis doit veiller à la prise des mesures suivantes :

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 du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

1. La ou le DG et/ou la ou le RSD/RSE doit élaborer et mettre en œuvre une procédure et un calendrier d'entretien préventif par écrit pour s'assurer que le bâtiment est maintenu dans un état sécuritaire et en bon état, ce qui comprend, sans s'y limiter, les éléments suivants :

a) la fréquence des inspections visuelles de tous les murs, plafonds, revêtements de plancher, meubles et équipements situés dans les chambres des personnes résidentes, les salles de bain, les corridors et les aires communes afin de détecter les dommages causés par l'humidité, les fissures, les bulles, la peinture écaillée, les taches et d'autres problèmes dénotant un entretien insuffisant;

b) si l'inspection de l'intérieur du bâtiment sera effectuée par des entrepreneurs externes ou des membres compétents du personnel du foyer, ou les deux;

c) la façon dont les résultats des inspections seront consignés;

d) qui examinera les résultats de l'inspection;

e) qui prendra les mesures requises lorsque des lacunes sont relevées;

f) le délai pour la prise de mesures correctives.

2. Réparer toutes les fissures dans les murs, le plafond et le plancher de manière à ce que ces différents éléments soient lisses, bien ajustés et faciles à nettoyer.

3. Remplacer tous les carreaux de plancher tachés ou manquants.

4. Consigner l'entretien correctif qui a été effectué, la date à laquelle les travaux ont été accomplis et qui s'en est chargé.

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 du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

5. Fournir immédiatement à l'inspectrice ou à l'inspecteur, sur demande, la procédure écrite d'entretien préventif, les calendriers et la documentation de l'entretien correctif effectué.

Motifs

1) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un siège de toilette situé dans la salle de bain commune des personnes résidentes soit maintenu dans un état sécuritaire et en bon état.

Justification et résumé

L'une des composantes de l'IPC était l'inspection de la propreté et de l'état de réparation dans l'environnement du foyer.

Une observation et une entrevue avec la ou le RSD/RSE et la ou le DG ont révélé qu'un siège de toilette avait été retiré d'une toilette dans la salle de bain commune de personnes résidentes. La ou le RSD/RSE a expliqué que le siège de toilette précédent était difficile à nettoyer et qu'il avait été retiré pour cette raison.

Les personnes résidentes étaient exposées à un risque de blessure s'ils s'asseyaient accidentellement sur la toilette non munie d'un siège de toilette approprié.

Sources : Observation d'une salle de bain commune de personnes résidentes et entrevues avec la ou le RSD/ESE et la ou le DG.

2) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le plafond et les carreaux de plancher soient maintenus dans un état sécuritaire et en bon état.

Justification et résumé

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins
de longue durée
Direction de l'inspection des foyers de soins
de longue durée

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

L'une des composantes de l'IPC était l'inspection de la propreté et de l'état de réparation dans l'environnement du foyer.

Il y avait des fissures dans le plafond et les murs des chambres de plusieurs personnes résidentes et aires communes des personnes résidentes. On a constaté des fissures et des carreaux brisés dans le revêtement du plancher. On a observé qu'une salle de bain commune de personnes résidentes était en mauvais état : revêtements de sol tachés, carreaux de plancher manquants et brisés, murs présentant plusieurs marques d'éraflure, support de papier hygiénique manquant et plaques de cloison sèche sans peinture.

La ou le DG a effectué une vérification des chambres de personnes résidentes et des aires communes de personnes résidentes nécessitant des réparations, y compris plusieurs chambres de personnes résidentes dont le plafond était fissuré et où des carreaux de plancher devaient être remplacés et des chambres qui avaient besoin d'être peintes.

La ou le RSD/RSE a reconnu qu'elle ou il était au courant des réparations à effectuer dans l'ensemble du foyer. La ou le RSD/RSE a indiqué que des devis avaient été obtenus pour les travaux d'entretien, mais n'a pas pu fournir de date prévue.

Il n'y avait aucune preuve que les réparations avaient été planifiées, entamées ou étaient en cours d'exécution au moment de l'inspection.

Les personnes résidentes étaient à risque lorsque le foyer n'était pas maintenu en bon état et qu'il n'y avait pas de plan en place pour remédier au délabrement ou un calendrier précis pour l'exécution des réparations.

Sources : Observations, vérification de l'entretien et entrevues avec la ou le DG et la

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 du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

ou le RSD/RSE.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 24 janvier 2025

**ORDRE DE CONFORMITÉ NO 004 Services infirmiers et services
de soutien personnel**

Non-conformité no 021 Ordre de conformité aux termes de la LRSLD, 2021, par. 154
(1) 2.

Non-conformité à : Règl. de l'Ont. 246/22, al. 35 (3) a)

Services infirmiers et services de soutien personnel
par. 35 (3) Le plan de dotation en personnel doit :

a) prévoir une dotation en personnel variée qui est compatible avec les besoins
évalués des personnes résidentes en matière de soins et de sécurité et qui satisfait
aux exigences de la Loi et du présent règlement;

**L'inspectrice ou l'inspecteur ordonne au titulaire de permis de respecter un
ordre de conformité [LRSLD 2021, alinéa 155(1)a)]:**

Plus précisément, le titulaire de permis doit veiller à la prise des mesures suivantes :

1. La ou le DG ou la ou le DSI doit élaborer et mettre en œuvre un processus écrit
qui comprend ce qui suit :

a) Désignation d'une ou d'un IA qui travaille régulièrement au foyer ou d'une ou d'un
gestionnaire à chaque quart de travail qui sera chargé de déterminer si les besoins
des personnes résidentes en matière de sécurité et de soins sont satisfaits en cas
de pénurie de personnel.

b) Communication de directives à l'IA ou à la ou au gestionnaire désigné pour

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 du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

obtenir un rapport verbal du personnel infirmier au sujet de chaque aire d'hébergement de personnes résidentes (AHPR) concernant les problèmes que suscite la charge de travail au début et au milieu de chaque quart de travail lorsqu'il y a pénurie de personnel.

c) Communication de directives au personnel sur le moment de mettre en œuvre un plan d'urgence pour réaffecter le personnel à une autre AHPR tout au long du quart de travail, en veillant à ce que les besoins en soins évalués des personnes résidentes soient satisfaits. Le personnel doit collaborer et travailler ensemble jusqu'à ce que l'ensemble des personnes résidentes reçoivent les soins liés à l'incontinence et les soins buccaux requis et que les soins prodigués aux résidents soient documentés rapidement.

d) Consignation d'une brève description du plan d'urgence mis en œuvre à chaque quart de travail lorsqu'il y a pénurie de personnel ou lorsque les besoins en soins des personnes résidentes n'ont pas été comblés.

2. Communication immédiate à l'inspectrice ou à l'inspecteur du processus écrit et de la documentation des plans d'urgence, sur demande.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la composition du personnel corresponde aux besoins évalués en matière de soins et de sécurité des personnes résidentes lorsque ces dernières n'ont pas reçu les soins requis, en fonction de leurs besoins évalués.

Justification et résumé

Une composante de l'ICP comprenait un examen des plans de dotation du foyer.

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 du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Il y a eu des jours pendant lesquels les inspectrices et inspecteurs étaient sur place où les pénuries de personnel faisaient en sorte que les personnes résidentes ne recevaient pas de soins buccaux et de soins liés à l'incontinence, alors que ces soins étaient exigés selon l'évaluation des soins dont elles avaient besoin. Le personnel infirmier autorisé et les PSSP ont déclaré que les personnes résidentes ne recevaient pas les soins buccaux appropriés et qu'il y avait des retards dans les soins qui devaient être prodigués aux personnes résidentes, y compris en ce qui concernait les soins liés à l'incontinence et la consignation des soins en raison du temps limité et du personnel limité dont on disposait pour prodiguer les soins aux personnes résidentes.

Des cas de non-conformité ont été relevés dans le présent rapport dans le contexte des pénuries de personnel :

-Régl. de l'Ont. 246/22, al. 79 (2) b) relativement à la personne résidente no 014 qui avait besoin d'aide pour manger ou boire et qui s'était fait servir un repas avant que quelqu'un ne soit disponible pour fournir l'aide dont cette personne résidente avait besoin.

-RSLD, 2021, par. 6 (9) 1 relativement à la consignation de la prestation des soins prévus dans le programme de soins des personnes résidentes nos 006 et 014.

-Régl. de l'Ont. 246/22, al. 38 (1) a) relativement aux soins buccaux de la personne résidente no 006 afin de maintenir l'intégrité de ses tissus buccaux.

-Régl. de l'Ont. 246/22, al. 56 (2) g) relativement à l'obligation de faire en sorte que la personne résidente no 006 dispose d'assez de produits de rechange pour demeurer propre et au sec et se sentir en confort.

La ou le DG a reconnu qu'il y avait eu des quarts durant lesquels les niveaux de

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 du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

dotation étaient inférieurs à l'effectif prévu.

Les pénuries de personnel pourraient avoir une incidence sur le bien-être de l'ensemble des personnes résidentes du foyer. En raison de l'omission d'évaluer les besoins en soins des personnes résidentes à chaque quart de travail durant les pénuries de personnel, les personnes résidentes ne recevaient pas rapidement les soins liés à l'incontinence et les soins buccaux et il y avait des retards dans la consignation des soins prodigués.

Sources : Dossiers cliniques de plusieurs personnes résidentes, calendriers de dotation et entrevues avec des PSSP, des IAA et la ou le DG.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 24 janvier 2025

ORDRE DE CONFORMITÉ NO 005 Soins de la peau et des plaies

Non-conformité no 022 Ordre de conformité aux termes de la LRSLD, 2021, par. 154 (1) 2.

Non-conformité à : Règl. de l'Ont. 246/22, sous-al. 55 (2) b) (i)

Soins de la peau et des plaies

par. 55(2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

b) le résident qui présente des signes d'altération de l'intégrité épidermique, notamment des ruptures de l'épiderme, des lésions de pression, des déchirures de la peau ou des plaies, à la fois :

(i) se fait évaluer la peau par un membre du personnel infirmier autorisé, au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour l'évaluation de la peau et des plaies,,

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins
de longue durée
Direction de l'inspection des foyers de soins
de longue durée

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

L'inspectrice ou l'inspecteur ordonne au titulaire de permis de respecter un ordre de conformité [LRSLD 2021, alinéa 155(1)a)]:

Plus précisément, le titulaire de permis doit veiller à la prise des mesures suivantes :

1. La ou la responsable de la gestion de la douleur et des soins palliatifs ou sa remplaçante désignée ou son remplaçant désigné est tenu d'élaborer et de mettre en œuvre un processus écrit pour faire le suivi de toutes les personnes résidentes du foyer qui présentent des signes d'altération de l'intégrité épidermique afin que les membres du personnel infirmier autorisé, y compris le personnel d'agences, soient tenus au courant des évaluations et traitements requis.
2. Tenir un registre documenté du système de consignation par écrit et des personnes résidentes qui doivent faire l'objet d'une évaluation de la peau, et présenter sans tarder l'information à l'inspectrice ou à l'inspecteur, sur demande.
3. Dans les deux semaines suivant la réception de l'ordre de conformité, la personne responsable de la peau et des plaies doit effectuer des vérifications hebdomadaires pendant quatre semaines de l'ensemble des personnes résidentes qui présentent des signes d'altération de l'intégrité épidermique afin de s'assurer qu'elles ont été réévaluées au moins une fois par semaine par un membre du personnel infirmier autorisé au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique.
4. Les vérifications doivent inclure le nom des membres du personnel ayant fait l'objet de la vérification, le nom de la personne qui s'est chargée de la vérification, les dates auxquelles la vérification s'est faite et toute mesure corrective prise. Il faut inclure toute erreur ou omission et préciser le nom de la personne qui a commis l'erreur et les mesures prises pour corriger la non-conformité.
5. Tenir un dossier des vérifications effectuées et remettre l'information sans tarder à l'inspectrice ou à l'inspecteur, sur demande.

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 du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Motifs

1) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente présentant une altération de l'intégrité épidermique, y compris une dégradation de la peau, ait été évaluée au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique spécialement conçu pour l'évaluation de la peau et des plaies.

Justification et résumé

L'inspection de la peau et du traitement des plaies était un élément de l'IPC.

Une personne résidente s'est vu prescrire des changements quotidiens de pansements en raison d'une altération de l'intégrité de la peau.

L'examen des dossiers et les entrevues avec le personnel ont révélé que l'intégrité épidermique de la personne résidente était altérée et qu'il n'y avait aucun document décrivant ou mesurant les parties de la peau touchées. La ou le DG a indiqué que le personnel autorisé effectuait les évaluations hebdomadaires de la peau et a reconnu que le personnel autorisé n'avait pas rédigé de note d'évaluation clinique de la peau et des plaies lorsque cela était indiqué sur le plan clinique.

Il y avait un risque accru de détérioration de la peau lorsque l'efficacité du traitement de la peau n'a pas été évaluée à l'aide de l'instrument approprié sur le plan clinique servant à l'évaluation de la peau et des plaies.

Sources : Évaluations hebdomadaires de la peau, notes d'évolution et entrevues avec la personne résidente, l'IAA et la ou le DSI.

2) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente présentant une altération de l'intégrité de la peau, y compris une dégradation de la peau, ait été

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 du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

évaluée à l'aide d'un instrument d'évaluation approprié sur le plan clinique spécialement conçu pour l'évaluation de la peau et des plaies.

Justification et résumé

L'inspection de la peau et du traitement des plaies était un élément de l'IPC.

Une personne résidente s'est vu prescrire une crème de traitement médicamenteuse pour traiter une infection de la peau et son pansement devait être changé tous les deux jours en raison d'une altération de l'intégrité de la peau.

L'examen des dossiers et les entrevues avec le personnel ont révélé que l'intégrité de la peau de la personne résidente était altérée et qu'il n'y avait aucun document décrivant ou mesurant les parties de la peau touchées. La ou le DG a indiqué que le personnel autorisé effectuait les évaluations hebdomadaires de la peau et a reconnu que le personnel autorisé n'avait pas rédigé de note d'évaluation clinique de la peau et des plaies lorsque cela était indiqué sur le plan clinique.

Il y avait un risque accru de détérioration de la peau lorsque l'efficacité du traitement cutané n'a pas été évaluée à l'aide de l'instrument approprié sur le plan clinique servant à l'évaluation de la peau et des plaies.

Sources : Évaluations cutanées hebdomadaires, notes d'évolution et entrevues.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 24 janvier 2025

ORDRE DE CONFORMITÉ NO 006 Gestion de la douleur

Non-conformité no 023 Ordre de conformité aux termes de la LRSLD, 2021, par. 154

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 du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

(1) 2.

Non-conformité à : Règl. de l'Ont. 246/22, par. 57 (2)

Gestion de la douleur

par. 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.

L'inspecteur ou l'inspectrice ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de conformité :

Plus précisément, le titulaire de permis doit veiller à la prise des mesures suivantes :

1. La ou la responsable de la gestion de la douleur et des soins palliatifs ou sa remplaçante désignée ou son remplaçant désigné est tenu d'élaborer et de mettre en œuvre un processus écrit pour faire le suivi de toutes les personnes résidentes du foyer qui ont une douleur non gérée afin que le personnel infirmier autorisé, y compris le personnel d'agences, soit tenu au courant des évaluations et des traitements requis.
2. Tenir un registre documenté du système de consignation par écrit et des personnes résidentes qui doivent faire l'objet d'une évaluation de la douleur, et présenter sans tarder l'information à l'inspectrice ou à l'inspecteur, sur demande.
3. Durant les deux semaines qui suivent la réception de cet OC, la ou le responsable de la gestion de la douleur et des soins palliatifs doit effectuer des vérifications hebdomadaires pendant quatre semaines pour toutes les personnes résidentes souffrant de douleur non gérée ou recevant des antidouleurs selon le besoin pendant trois jours consécutifs, afin de s'assurer que le personnel infirmier autorisé utilise une évaluation de la douleur appropriée sur le plan clinique.

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 du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

4. Les vérifications doivent inclure le nom des membres du personnel ayant fait l'objet de la vérification, le nom de la personne qui s'est chargée de la vérification, les dates auxquelles la vérification s'est faite et toute mesure corrective prise. Il faut inclure toute erreur ou omission et préciser le nom de la personne qui a commis l'erreur et les mesures prises pour corriger la non-conformité.

5. Tenir un dossier des vérifications effectuées et remettre l'information sans tarder à l'inspectrice ou à l'inspecteur, sur demande.

Motifs

1) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, lorsqu'une personne résidente continuait à ressentir de la douleur à la suite des premières mesures d'intervention, cette personne résidente soit évaluée à l'aide d'un instrument d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément à cette fin.

Justification et résumé

L'une des composantes de l'IPC consistait à vérifier la conformité aux mesures de gestion de la douleur.

Le niveau de douleur d'une personne résidente a été évalué à six ou plus à plusieurs reprises à l'aide de l'échelle numérique de la douleur. La personne résidente a déclaré que l'intégrité épidermique altérée était douloureuse et qu'elle avait besoin d'un médicament antidouleur supplémentaire qui lui avait été fourni à sa demande.

Le programme de soins de la personne résidente prévoyait d'effectuer une évaluation de la douleur et d'évaluer la douleur que ressentait la personne résidente au moment des interventions, de signaler tout manque d'efficacité des interventions au médecin et de collaborer avec l'équipe pour mettre au point de

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 du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

nouvelles approches.

La personne résidente s'est vu prescrire des médicaments antidouleur courants et des médicaments antidouleur à utiliser au besoin. Les IAA, l'IA et la ou le DSI ont confirmé que la personne résidente souffrait de douleur et qu'elle n'avait pas fait l'objet d'une évaluation de la douleur appropriée sur le plan clinique lorsque sa douleur n'était pas soulagée au moyen des médicaments antidouleur courants administrés durant les interventions initiales.

Le fait de ne pas évaluer la personne résidente à l'aide d'un instrument d'évaluation approprié sur le plan clinique après que sa douleur n'avait pas été soulagée au moyen des interventions initiales l'a exposée à un risque de douleur non résolue.

Sources : Notes d'évolution, programme de soins, échelle numérique de la douleur et entrevues avec le personnel.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, lorsque la personne résidente continuait à ressentir de la douleur après les premières mesures d'intervention, elle soit évaluée à l'aide d'un instrument d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément à cette fin.

Justification et résumé

L'une des composantes de l'IPC consistait à vérifier la conformité aux mesures de gestion de la douleur.

Le niveau de douleur d'une personne résidente a été évalué à six ou plus à plusieurs reprises à l'aide de l'échelle numérique de la douleur. La personne résidente a déclaré qu'elle avait des douleurs au dos et qu'elle avait besoin de médicaments antidouleur supplémentaires qui lui avait été fourni à sa demande.

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 du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

La personne résidente s'est vu prescrire des médicaments antidouleur courants et des médicaments antidouleur à utiliser au besoin. Les IAA, l'IA et la ou le DSI ont confirmé que la personne résidente souffrait de douleur et qu'elle n'avait pas fait l'objet d'une évaluation de la douleur appropriée sur le plan clinique lorsque sa douleur n'était pas soulagée au moyen des médicaments antidouleur courants administrés durant les interventions initiales.

Le fait de ne pas évaluer la personne résidente à l'aide d'un instrument d'évaluation approprié sur le plan clinique après que sa douleur n'avait pas été soulagée au moyen des interventions initiales l'a exposée à un risque de douleur non résolue.

Sources : Notes d'évolution, échelle numérique de la douleur et entrevues avec la personne résidente et le personnel.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 24 janvier 2025

RENSEIGNEMENTS SUR LA RÉVISION/L'APPEL

PRENDRE ACTE Le titulaire de permis a le droit de demander une révision par le directeur du ou des présents ordres et/ou du présent avis de pénalité administrative (APA) 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 suspendre le ou les présents ordres en attendant la révision. Si un titulaire de licence demande la révision d'un APA, l'obligation de payer est suspendue jusqu'à la décision de la révision.

Remarque : En vertu de la Loi, les frais de réinspection ne peuvent faire l'objet d'une révision par le directeur ou d'un appel auprès de la Commission d'appel et de

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 du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

révision des services de santé (CARSS). La demande de révision par le directeur doit être présentée par écrit et signifiée au directeur dans les 28 jours suivant la date de signification de l'ordre ou de l'APA au titulaire de permis.

La demande écrite de révision doit comprendre :

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

La demande écrite de révision doit être signifiée en mains propres, par courrier recommandé, par courriel ou par service de messagerie commerciale à la personne indiquée ci-dessous :

Directeur

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

Si la signification se fait :

- a) par courrier recommandé, elle est réputée être effectuée le cinquième jour après le jour de l'envoi;
- b) par courriel, elle est réputée être effectuée le jour suivant, si le document a été signifié après 16 h
- c) par service de messagerie commerciale, elle est réputée être effectuée le deuxième jour ouvrable après la réception du document par le service de

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 du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

messagerie commerciale.

Si une copie de la décision du directeur n'est pas signifiée au titulaire de permis dans les 28 jours suivant la réception de la demande de révision du titulaire de permis, le ou les présents ordres et/ou le présent APA sont réputés confirmés par le directeur et, aux fins d'un appel devant la CARSS, le directeur est réputé avoir signifié au titulaire de permis une copie de ladite décision à l'expiration de la période de 28 jours.

Conformément à l'art. 170 de la Loi, le titulaire de permis a le droit d'interjeter appel de l'une ou l'autre des décisions suivantes auprès de la CARSS :

- (a) un ordre donné par le directeur en vertu des articles 155 à 159 de la Loi;
- (b) un APA délivré 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, concernant l'ordre de conformité (art. 155) ou l'APA (art. 158) d'un inspecteur.

La CARSS est un tribunal indépendant qui n'a aucun lien avec le Ministère. Elle est établie par la législation pour examiner les questions relatives aux services de soins de santé. Si le titulaire de permis décide d'interjeter appel, il doit remettre un avis d'appel écrit dans les 28 jours suivant la date à laquelle il a reçu une copie de l'ordre, de l'APA ou de la décision du directeur qui fait l'objet de l'appel. L'avis d'appel doit être remis à la fois à la CARSS et au directeur :

Commission d'appel et de révision des services de santé

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

Directeur

a/s du coordonnateur des appels

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 du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

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