

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

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

Rapport public initial

Date d'émission du rapport : 12 août 2024
Numéro d'inspection : 2024-1560-0003
Type d'inspection : Inspection proactive de conformité
Titulaire de permis : Corporation du Comté Huron
Foyer de soins de longue durée et ville : Huronview Home for the Aged, Clinton

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes :
23, 25, 26, 29, 30 et 31 juillet 2024
1^{er} et 2 août 2024

L'inspection a eu lieu à l'extérieur à la date suivante :
24 juillet 2024

Les inspections concernaient :

- Plainte : n° 00121044 - inspection proactive de conformité - 2024

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

Prévention et prise en charge des lésions épidermiques et des plaies (Skin and Wound Prevention and Management)
Soins et services de soutien aux personnes résidentes (Resident Care and Support Services)
Conseils des résidents et des familles (Residents' and Family Councils)
Gestion des médicaments (Medication Management)

Ministère des Soins de longue durée

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

District de London

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

Alimentation, nutrition et hydratation (Food, Nutrition and Hydration)
Prévention et contrôle des infections (Infection Prevention and Control)
Foyer sûr et sécuritaire (Safe and Secure Home)
Prévention des mauvais traitements et de la négligence (Prevention of Abuse and Neglect)
Amélioration de la qualité (Quality Improvement)
Normes en matière de dotation, de formation et de soins (Staffing, Training and Care Standards)
Droits et choix des résidents (Residents' Rights and Choices)
Gestion de la douleur (Pain Management)

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Initiative d'amélioration constante de la qualité

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

Non-respect de : la disposition 42 de la LRSLD (2021)

Amélioration constante de la qualité
art. 42. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée met en œuvre une initiative d'amélioration constante de la qualité comme le prévoient les règlements.

Le titulaire de permis a omis de mettre en œuvre une initiative d'amélioration constante de la qualité comme le prévoient les règlements.

Justification et résumé

Le foyer disposait d'un rapport sur le plan d'amélioration de la qualité (PAQ) et d'un plan de travail connexe, tous deux datés du 2 avril 2024, et publiés sur son site Web.

Ministère des Soins de longue durée

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

District de London

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

L'administrateur a déclaré que le foyer avait préparé le PAQ selon les directives du ministère de la Santé de l'Ontario et qu'il ne disposait pas de l'initiative d'amélioration constante de la qualité comme l'exigeaient les règlements. L'administrateur a déclaré que le foyer en était aux étapes préliminaires de l'élaboration de cette initiative.

Sources : entretien avec l'administrateur, rapport sur le PAQ, plan de travail du PAQ

AVIS ÉCRIT : Obligation de répondre

Non-conformité n° 002 Avis écrit remis aux termes de la disposition 154(1)1. de la LRSLD (2021)

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

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

Le titulaire de permis a omis de répondre par écrit aux préoccupations du conseil des résidents dans les 10 jours.

Justification et résumé

L'adjoint du conseil des résidents et l'adjoint du comité responsable de l'alimentation n'étaient pas au courant de l'obligation de répondre par écrit aux préoccupations ou aux recommandations du conseil ou du comité dans les 10 jours.

Selon le procès-verbal du conseil des résidents du 22 avril 2024, un résident était inquiet au sujet d'une plante potentiellement vénéneuse dans la cour. Au vu du procès-verbal du 27 mai 2024, le conseil a été informé au sujet de la plante pendant la réunion et du fait qu'elle n'était pas vénéneuse.

Ministère des Soins de longue durée

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

District de London

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

L'adjoint du conseil des résidents a expliqué qu'une réponse rapide avait été apportée à la préoccupation après la réunion d'avril et qu'un suivi verbal avait été effectué auprès du résident qui l'avait soulevée à ce moment-là. En outre, le conseil a été informé de la situation au cours de la réunion suivante du mois de mai. Toutefois, aucune réponse n'a été apportée par écrit au conseil des résidents dans les 10 jours.

En ne lui répondant pas comme l'exige la loi, il est possible que les résidents n'aient pas eu connaissance de la réponse apportée aux préoccupations ou aux recommandations du conseil.

Sources : entretiens avec le personnel, procès-verbaux des réunions du conseil des résidents.

AVIS ÉCRIT : Politiques

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

Non-respect de : la disposition 11(1)a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Respect des politiques et dossiers

par. 11(1) Lorsque 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 programme, un plan, une politique, un protocole, une marche à suivre, une stratégie ou un système, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que ceux-ci :

a) d'une part, soient conformes à toutes les exigences applicables de la Loi et mis en œuvre conformément à celles-ci.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que la politique relative au programme de gestion de la douleur soit conforme à toutes les exigences applicables en vertu de la Loi.

Ministère des Soins de longue durée

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

District de London

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

Justification et résumé

La disposition 34(1) du Règl. de l'Ont. 246/22 stipule ce qui suit :
Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au respect des règles suivantes à l'égard de chacun des programmes structurés exigés aux articles 11 à 20 de la Loi et de chacun des programmes interdisciplinaires exigés à l'article 53 du présent règlement : une description du programme doit être consignée par écrit et comprendre les buts et objectifs du programme ainsi que les politiques, marches à suivre et protocoles pertinents. Elle doit prévoir des méthodes permettant de réduire les risques et de surveiller les résultats, notamment des protocoles pour diriger les résidents vers des ressources spécialisées au besoin.

La disposition 53(1)4) stipule ce qui suit : 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 : un programme de gestion de la douleur visant à déceler la douleur chez les résidents et à la gérer.

La disposition 57(2) du Règl. de l'Ont. 246/22 stipule ce qui suit :
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.

La politique relative au programme de gestion de la douleur indiquait ce qui suit : « Au moment de l'admission, une fois par an et après tout changement important de l'état de santé, l'équipe interdisciplinaire, de concert avec le résident ou le mandataire, réalisera l'évaluation appropriée complète de la douleur dans Point Click Care en s'appuyant sur l'état cognitif au moment de l'évaluation. »

Le directeur des soins infirmiers (DSI) et l'administrateur ont confirmé que la politique relative au programme de gestion de la douleur devrait comprendre une procédure permettant, lorsque les

Ministère des Soins de longue durée

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

District de London

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

interventions initiales n'ont pas soulagé la douleur des résidents, de les évaluer au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique, conçu expressément à cette fin. Selon le DSI, la politique devait être remaniée et mise à jour en vue d'inclure toutes les exigences applicables en vertu de la Loi.

Sources : examens des dossiers cliniques des résidents, examen de la politique et entretiens avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Services infirmiers et services de soutien personnel

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

Non-respect de : la disposition 35(4) du Règl. de l'Ont. 246/22 par. 35(4). Le titulaire de permis consigne dans un dossier chaque évaluation visée à l'alinéa (3)e), notamment la date de l'évaluation, le nom des personnes qui y ont participé, un résumé des modifications apportées et la date à laquelle ces modifications ont été mises en œuvre.

Le titulaire de permis a omis de consigner, par écrit, dans un dossier chaque évaluation visée à l'alinéa (3)e), notamment la date de l'évaluation, le nom des personnes qui y ont participé, un résumé des modifications apportées et la date à laquelle ces modifications ont été mises en œuvre.

Justification et résumé

La disposition 35(3)e) du Règlement de l'Ontario 246/22 stipule ce qui suit : Le programme doit être évalué et mis à jour au moins une fois par année conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises.

Aucun dossier ne présentait d'évaluation du plan de dotation en 2024.

Ministère des Soins de longue durée

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

District de London

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

L'administrateur a déclaré qu'il n'existait aucun dossier écrit reflétant une évaluation du plan de dotation ni aucun processus officiel permettant de conserver un tel dossier qui incluait, pour chaque évaluation du plan de dotation, la date de l'évaluation, le nom des personnes qui y ont participé, un résumé des modifications apportées et la date à laquelle ces modifications ont été mises en œuvre.

Sources : examen des dossiers et du plan d'urgence liés au plan de dotation et entretien avec le personnel.