

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-Ouest

609, rue Kumpf, bureau 105
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

Rapport public initial

Date d'émission du rapport : 9 octobre 2024

Numéro d'inspection : 2024-1016-0005

Type d'inspection :

Inspection proactive de la conformité

Titulaire de permis : CVH (No. 2) LP par son associé commandité, Southbridge Care Homes (une société en commandite, par son associé commandité, Southbridge Health Care GP Inc.)

Foyer de soins de longue durée et ville : Maitland Manor, Goderich

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 21 au 23 et du 26 au 29 août 2024, ainsi que du 3 au 6 et les 9 et 10 septembre 2024.

L'inspection a eu lieu à l'extérieur aux dates suivantes : le 27 août 2024

L'inspection concernait :

- Demande n° 00123530 – Inspection proactive de la conformité

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

Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
Prévention et gestion relatives aux soins de la peau et des plaies
Gestion des médicaments
Alimentation, nutrition et hydratation
Entretien ménager, buanderie et 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-Ouest

609, rue Kumpf, bureau 105
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

Conseils des résidents et des familles
Prévention et contrôle des infections
Prévention des mauvais traitements et de la négligence
Normes de dotation, de formation et de soins
Amélioration de la qualité
Droits et choix des personnes résidentes
Gestion de la douleur

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Conseils

Problème de conformité n° 001 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : du paragraphe 43 (4) de la *LRSLD* (2021)

Sondage sur l'expérience des résidents et de leur famille / fournisseur de soins
Paragraphe 43 (4) Le titulaire de permis demande conseil au conseil des résidents et au conseil des familles, s'il y en a un, pour ce qui est de réaliser le sondage et de donner suite aux résultats qui en découlent.

Le titulaire de permis n'a pas demandé l'avis du conseil des résidents lors de la réalisation du sondage sur la satisfaction des résidents et de leur famille.

Justification et résumé

Le siège social du foyer de soins de longue durée Maitland Manor a créé le sondage sur la satisfaction des résidents et de leur famille pour 2023, et le foyer n'a pas demandé l'avis du conseil des résidents lors de la réalisation du sondage.

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-Ouest

609, rue Kumpf, bureau 105
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

Le conseil des résidents n'a pas eu l'occasion de conseiller le foyer dans la réalisation du sondage sur la satisfaction des résidents et de leur famille, et ses suggestions n'ont pas été prises en compte.

Sources : Procès-verbal de la réunion du conseil des résidents, entretien avec la directrice générale.

AVIS ÉCRIT : Température ambiante

Problème de conformité n° 002 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : du paragraphe 24 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Température ambiante

Paragraphe 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 du foyer soit maintenue à au moins 22 degrés Celsius.

Justification et résumé

Un examen des fiches de suivi de la température de l'air du foyer pour les mois d'août 2024 et du 1^{er} au 3 septembre 2024 a révélé que la température n'avait pas été maintenue à un minimum de 22 degrés Celsius à 51 reprises en août et à 19 reprises entre le 1^{er} et le 3 septembre 2024.

Les températures enregistrées étaient comprises entre 19,9 et 21,9 degrés Celsius.

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-Ouest

609, rue Kumpf, bureau 105
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

Il y avait un risque d'inconfort pour les personnes résidentes lorsque la température n'était pas maintenue à un minimum de 22 degrés Celsius.

Sources : Fiches de suivi de la température ambiante en août 2024 et du 1^{er} au 3 septembre 2024; entretien avec le gestionnaire des services environnementaux.

AVIS ÉCRIT : Température ambiante

Problème de conformité n° 003 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : du paragraphe 24 (3) du Règl. de l'Ont. 246/22

Température ambiante

Paragraphe 24 (3) La température qui doit être mesurée en application du paragraphe (2) et 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 n'a pas veillé à ce que la température soit consignée au moins une fois l'après-midi entre 12 h et 17 h, et une fois le soir ou la nuit.

Justification et résumé

Un examen des fiches de suivi de la température de l'air du foyer pour les mois d'août et de septembre 2024 indiquait que la température n'avait pas été prise le soir ou la nuit en août 2024 à sept reprises et qu'elle n'avait pas été prise l'après-midi, entre 12 h et 17 h, à cinq reprises en août et le 1^{er} septembre 2024.

Le gestionnaire des services environnementaux a reconnu que plusieurs relevés de température n'avaient pas été effectués.

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-Ouest

609, rue Kumpf, bureau 105
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

Il y avait un risque d'inconfort pour les personnes résidentes lorsque les températures de l'air n'étaient pas relevées aux heures requises et en dehors des heures de l'après-midi, entre 12 h et 17 h.

Sources : Fiches de suivi de la température ambiante en août 2024 et du 1^{er} au 3 septembre 2024; entretien avec le gestionnaire des services environnementaux.

AVIS ÉCRIT : Exigences générales : programmes

Problème de conformité n° 004 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de la disposition 3 du paragraphe 34 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Exigences générales

Paragraphe 34 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au respect 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 :

3. 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.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de gestion de la douleur du foyer fasse l'objet d'un examen annuel.

Justification et résumé

L'infirmière autorisée (IA) n° 114, responsable de la gestion de la douleur, a indiqué que l'évaluation du programme de gestion de la douleur du foyer d'avril 2024 s'était concentrée sur l'examen de la conformité du foyer à la politique et n'avait pas inclus d'examen des politiques du foyer en matière de gestion de la douleur.

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-Ouest

609, rue Kumpf, bureau 105
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

Au cours de l'inspection, la personne responsable de la gestion de la douleur au sein du foyer a indiqué que les attentes en matière de pratiques de réévaluation pour le personnel infirmier autorisé étaient différentes de celles figurant dans la politique du titulaire de permis. Le personnel infirmier autorisé a indiqué qu'il mettait en œuvre les processus de la politique, et non les pratiques en vigueur.

Comme le programme de gestion de la douleur du foyer, y compris les politiques pertinentes, n'a pas été revu chaque année, il n'a pas été mis à jour conformément aux pratiques en vigueur. Il y avait donc un risque accru que le personnel n'applique pas les pratiques courantes en matière d'évaluation de la douleur dans le foyer.

Sources : Entretiens avec le personnel infirmier autorisé et d'autres membres du personnel, programme de gestion de la douleur du foyer (politique n° RFC-03-21, août 2024), et dossier d'évaluation du programme de gestion de la douleur le plus récent du foyer, datant d'avril 2024.

AVIS ÉCRIT : Exigences générales : programmes

Problème de conformité n° 005 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

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

Exigences générales

Paragraphe 34 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au respect 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 :

4. Le titulaire de permis consigne dans un dossier chaque évaluation visée à la disposition 3, notamment la date de l'évaluation, le nom des personnes qui y 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-Ouest

609, rue Kumpf, bureau 105
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

participé, un résumé des modifications apportées et la date à laquelle ces modifications ont été mises en œuvre.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un dossier écrit soit tenu conformément au Règlement pour l'évaluation annuelle du programme de traitement de la peau et des plaies, ainsi que du programme de gestion de la douleur.

Justification et résumé

A) Le programme de soins de la peau et des plaies du foyer aurait été évalué en juin 2024.

Le dossier écrit associé à l'évaluation ne comprenait pas la date complète de l'évaluation du programme ni les dates de mise en œuvre des changements proposés.

Lorsque les dates n'étaient pas incluses dans l'évaluation, le risque d'inefficacité du processus augmentait.

Sources : Entretien avec la directrice des soins; dossier d'évaluation du programme de soins de la peau et des plaies le plus récent du foyer, datant de juin 2024.

B) Le programme de gestion de la douleur du foyer aurait été évalué en avril 2024.

Le dossier écrit associé à l'évaluation ne comprenait pas la date complète de l'évaluation du programme ni les dates de mise en œuvre des changements proposés.

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-Ouest

609, rue Kumpf, bureau 105
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

Lorsque les dates n'étaient pas incluses dans l'évaluation, le risque d'inefficacité du processus augmentait.

Sources : Entretiens avec la directrice des soins n° 102, dossier d'évaluation du programme de gestion de la douleur le plus récent du foyer, datant d'avril 2024.

AVIS ÉCRIT : Évaluation de la dotation en personnel

Problème de conformité n° 006 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : du paragraphe 35 (4) du Règl. de l'Ont. 246/22

Services infirmiers et services de soutien personnel

Paragraphe 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 n'a pas veillé à consigner 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 de mise en œuvre de ces modifications.

Justification et résumé

L'examen de l'évaluation de la dotation en personnel indiquait qu'elle avait été effectuée en mai 2024.

Le dossier écrit associé à l'évaluation ne comprenait pas les dates de mise en œuvre des changements proposés.

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-Ouest

609, rue Kumpf, bureau 105
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

Lorsque les dates n'ont pas été incluses dans le processus d'évaluation, le risque de modifications inefficaces du programme s'est accru.

Sources : Entretiens avec la directrice des soins n° 102, dossier d'évaluation de la dotation en personnel le plus récent du foyer, datant de mai 2024.

AVIS ÉCRIT : Programmes obligatoires

Problème de conformité n° 007 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de la disposition 2 du paragraphe 53 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programmes obligatoires

Paragraphe 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 :

2. Un programme de soins de la peau et des plaies visant le maintien d'une bonne intégrité épidermique, la prévention des plaies et des lésions de pression, et le recours à des interventions efficaces en la matière.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins de la peau et des plaies du foyer soit mis en œuvre.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règlement de l'Ontario 246/22, le titulaire de permis doit s'assurer que le programme de soins de la peau et des plaies du foyer visant à promouvoir l'intégrité épidermique, à prévenir l'apparition de plaies et de lésions de pression, ainsi qu'à fournir des interventions efficaces en matière de soins de la peau et des plaies, a été respecté.

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-Ouest

609, rue Kumpf, bureau 105
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

Plus précisément, le titulaire de permis n'a pas respecté sa politique en matière de soins préventifs de la peau (*Preventive Skin Care Policy*) (n° RFC-06-01), qui exigeait que le responsable du soin des plaies du foyer ou son représentant effectue des visites pour vérifier les plaies chaque semaine, au minimum, et plus souvent si nécessaire. Lors des visites, le responsable du soin des plaies devait envisager de revoir le suivi nécessaire à l'amélioration (des problèmes de plaies et de soins de la peau des personnes résidentes), ainsi que les besoins de formation du personnel.

Justification et résumé

A) Une altération de l'intégrité épidermique a été détectée chez une personne résidente et une orientation vers le champion du soin des plaies du foyer a été initiée. Le processus d'évaluation initiale des plaies du foyer ainsi que la réévaluation hebdomadaire n'ont pas été mis en place pour les deux déchirures cutanées au cours de la période de 27 jours.

Un nouveau problème cutané a été détecté chez la même personne résidente et une orientation vers le champion du soin des plaies du foyer a été initiée. Des inquiétudes ont été exprimées quant à la réalisation appropriée des réévaluations hebdomadaires des plaies par plusieurs membres du personnel infirmier autorisé au cours de la période de 19 jours.

B) Une altération de l'intégrité épidermique a été constatée chez une personne résidente et un signalement au champion du soin des plaies du foyer a été effectué cinq jours après que le problème ait été considéré comme résolu par d'autres membres du personnel du foyer. Des inquiétudes ont été exprimées quant à la réalisation appropriée des réévaluations hebdomadaires des plaies par plusieurs membres du personnel infirmier autorisé au cours de la période de 28 jours.

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-Ouest

609, rue Kumpf, bureau 105
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

Le responsable du soin de la peau et des plaies du foyer a indiqué que les recommandations du champion du soin des plaies devaient être effectuées dans un délai hebdomadaire. Il a noté que les signalements d'août 2024 concernant les blessures de deux personnes résidentes n'avaient pas été effectués conformément aux procédures du foyer. Au moment de l'inspection, il indiquait que le foyer n'avait pas relevé de problèmes concernant l'évaluation des plaies et qu'il n'avait pas mis en place de formation sur les procédures d'évaluation de la peau et des plaies à l'intention de l'ensemble du personnel infirmier autorisé.

Lorsque les recommandations du champion du soin des plaies n'ont pas été effectuées pour les plaies des personnes résidentes, celles-ci ont été exposées à un risque accru d'interventions inefficaces en matière de soin des plaies.

Sources : Entretien avec le responsable du soin de la peau et des plaies ou le champion du soin des plaies du foyer, dossiers cliniques des personnes résidentes, ainsi que ressources du programme de soins de la peau et des plaies du foyer, y compris la politique de soins préventifs de la peau (*Preventative Skin Care Policy*) (n° RFC-06-01).

AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies

Problème de conformité n° 008 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de la disposition 3 du paragraphe 55 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Soins de la peau et des plaies

Paragraphe 55 (1) Le programme de soins de la peau et des plaies doit au minimum prévoir ce qui suit :

3. Des stratégies pour le transfert et les changements de position de résidents de façon à réduire et à prévenir les ruptures de l'épiderme et à réduire et à éliminer 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-Ouest

609, rue Kumpf, bureau 105
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

pression, notamment grâce à l'utilisation d'équipement, de fournitures, d'appareils et d'aides pour changer de position.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des stratégies de réduction de la pression et de prévention des lésions cutanées soient mises en œuvre pour une personne résidente au moment de son admission, conformément au programme de soins de la peau et des plaies du foyer.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règlement de l'Ontario 246/22, le titulaire de permis doit s'assurer que le programme de soins de la peau et des plaies du foyer visant à promouvoir l'intégrité épidermique, à prévenir l'apparition de plaies et de lésions de pression, ainsi qu'à fournir des interventions efficaces en matière de soins de la peau et des plaies, a été respecté.

Plus précisément, la politique de prévention des soins de la peau du foyer (*Preventative Skin Care Policy*) (n° RFC-06-01) demandait au personnel infirmier autorisé d'élaborer et de documenter des stratégies de prévention des lésions cutanées pour toutes les personnes résidentes évaluées comme présentant un risque plus élevé de lésions cutanées et de développement de plaies de pression. Ces stratégies devaient être consignées dans le programme de soins de la personne résidente et inclure des stratégies de repositionnement des personnes résidentes, ainsi que l'utilisation de dispositifs de réduction de la pression pour diminuer et soulager la pression sur les protubérances osseuses.

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-Ouest

609, rue Kumpf, bureau 105
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

Justification et résumé

Une personne résidente a été évaluée comme présentant un risque élevé de développement de plaies de pression et a besoin de l'aide du personnel pour les activités de la vie quotidienne.

Le responsable du soin de la peau et des plaies du foyer a déclaré que les personnes résidentes présentant un risque élevé de plaies de pression et admises au foyer avec des besoins d'assistance de la part du personnel pour les activités de la vie quotidienne et la mobilité auraient dû bénéficier d'une intervention dans leur programme de soins pour se tourner et se repositionner. Le programme de soins de la personne résidente n'a été mis à jour avec l'intervention que 16 jours après son admission.

Il a également indiqué que les personnes résidentes présentant un risque élevé de plaies de pression et utilisant un appareil d'assistance pour se déplacer auraient dû bénéficier d'une intervention visant à réduire et à soulager la pression sur les protubérances osseuses. Le programme de soins de la personne résidente n'a été mis à jour avec l'intervention que 38 jours après son admission.

Le programme de soins initial de la personne résidente n'ayant pas été élaboré avec des interventions pour ses besoins préventifs évalués en matière de soins de la peau et des plaies, la personne résidente était exposée à un risque accru de rupture de la peau.

Sources : Entretiens avec le responsable du soin de la peau et des plaies du foyer, dossiers cliniques de la personne résidente et politique du foyer en matière de soins préventifs de la peau (*Preventative Skin Care Policy*) (n° RFC-06-01, dernière révision en décembre 2023).

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-Ouest

609, rue Kumpf, bureau 105
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies

Problème de conformité n° 009 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : du sous-alinéa 55 (2) b) (i) du Règl. de l'Ont. 246/22

Soins de la peau et des plaies

Paragraphe 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 une personne autorisée visée au paragraphe (2.1), au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour l'évaluation de la peau et des plaies,

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente fasse l'objet d'une évaluation appropriée sur le plan clinique lorsque le personnel infirmier autorisé a décelé deux nouvelles déchirures cutanées.

Justification et résumé

L'IA a constaté qu'une personne résidente présentait une altération de l'intégrité épidermique. Aucune évaluation de la plaie n'a été entreprise.

Le responsable de la peau et des plaies du foyer a déclaré que l'IA aurait dû procéder à des évaluations de l'altération de l'intégrité épidermique et que les plaies auraient dû être réévaluées chaque semaine par la suite jusqu'à ce qu'elles soient guéries.

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-Ouest

609, rue Kumpf, bureau 105
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

Lorsque l'altération de l'intégrité épidermique d'une personne résidente n'a pas été évaluée à l'aide d'un examen clinique, cette personne présentait un risque accru d'intervention tardive pour la cicatrisation de la plaie.

Sources : Entretien avec le responsable de la peau et des plaies du foyer, dossiers cliniques de la personne résidente et politique de gestion des plaies du foyer (*Wound Management Policy*) (n° RFC-06-02, créée en août 2024), y compris l'annexe 7 sur la liste de vérification des problèmes de peau (*Skin Issues Checklist*).

AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies

Problème de conformité n° 010 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRS LD* (2021).

Non-respect : du sous-alinéa 55 (2) b) (ii) du Règl. de l'Ont. 246/22

Soins de la peau et des plaies

Paragraphe 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,

(ii) reçoit un traitement et subit des interventions immédiatement pour réduire ou éliminer la douleur, favoriser la guérison et prévenir l'infection, selon ce qui est nécessaire,

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente reçoive un traitement et subisse des interventions immédiatement pour favoriser la guérison et prévenir l'infection de sa plaie.

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-Ouest

609, rue Kumpf, bureau 105
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

Dans le Règlement de l'Ontario 246/22, une « altération de l'intégrité épidermique » est définie comme étant une dégradation potentielle ou réelle du tissu épidermique ou dermique.

Justification et résumé

Lors de son admission, une personne résidente a été évaluée comme présentant un risque élevé de développement de plaies de pression et avait besoin d'un appareil d'assistance pour se déplacer, ainsi que de l'aide du personnel pour les activités de la vie quotidienne.

Lors de l'admission, il a été noté que la personne résidente souffrait de douleurs chroniques et qu'elle recevait des médicaments contre la douleur de routine pour l'aider à gérer sa douleur. Lorsque sa douleur n'était pas soulagée par ces interventions, la personne résidente disposait d'un médicament contre la douleur que le personnel infirmier autorisé pouvait lui administrer en cas de besoin.

La personne résidente a fait part de sa douleur un jour donné à un membre du personnel infirmier autorisé. Cependant, aucune évaluation de la douleur n'a été réalisée.

L'infirmière auxiliaire autorisée (IAA) a indiqué qu'elle n'avait pas pris d'autres mesures pour évaluer la douleur de la personne résidente.

Le responsable du soin de la peau et des plaies du foyer a déclaré que la personne résidente aurait dû faire l'objet d'une évaluation complète de la douleur lorsqu'elle a été détectée pour la première fois, ainsi que d'une évaluation de la peau de la tête aux pieds, en raison d'une nouvelle blessure par pression. Il a également indiqué que le personnel infirmier autorisé aurait dû prendre des mesures immédiates 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-Ouest

609, rue Kumpf, bureau 105
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

aider à réduire ou à soulager la douleur de la personne résidente lorsqu'elle a été constatée.

Lorsque la personne résidente était connue pour présenter un risque élevé de plaies de pression, elle n'a pas fait l'objet d'une évaluation et d'une intervention immédiates pour sa nouvelle expression de douleur, elle a subi un retard dans la détermination d'un nouveau problème de peau et a été exposée à un risque accru de douleur non prise en charge.

Sources : Entretien avec le responsable du soin de la peau et des plaies du foyer, ainsi qu'avec le personnel infirmier autorisé, dossiers cliniques de la personne résidente, ainsi que la politique en matière de gestion des plaies du foyer (*Wound Management Policy*) (n° RFC-06-02, dernière révision en décembre 2023), y compris la liste de vérification de la peau et des plaies (annexe 7).

AVIS ÉCRIT : Planification des menus

Problème de conformité n° 011 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : du paragraphe 77 (3) du Règl. de l'Ont. 246/22

Planification des menus

Paragraphe 77 (3) Le titulaire de permis veille à consigner dans un dossier chaque évaluation visée à l'alinéa (2) b), notamment la date de l'évaluation, le nom des personnes qui y ont participé, un résumé des modifications apportées et la date de mise en œuvre de ces modifications. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 390 (1).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un dossier écrit soit tenu sur l'évaluation du cycle de menus printemps-été 2024 du foyer, conformément au Règlement.

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-Ouest

609, rue Kumpf, bureau 105
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

Justification et résumé

Un diététiste professionnel (Dt.P.) et un chef des services alimentaires ont évalué le cycle de menus printemps-été 2024 du foyer avant qu'il n'entre en vigueur.

Le dossier d'évaluation et d'approbation des menus du foyer pour le cycle de menus printemps-été 2024 a été signé par le Dt.P., mais le nom et la signature du chef des services alimentaires, le résumé des changements apportés et la date de mise en œuvre des changements n'ont pas été documentés.

Sources :

Dossier d'évaluation et d'approbation des menus du printemps 2024, entretiens avec le Dt.P. et le chef des services alimentaires.

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

Problème de conformité n° 012 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : du paragraphe 102 (10) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programme de prévention et de contrôle des infections

Paragraphe 102 (10) Le titulaire de permis veille à ce que les renseignements recueillis en application du paragraphe (9) soient, d'une part, analysés chaque jour pour détecter la présence d'infections et, d'autre part, examinés au moins une fois par mois afin de déceler les tendances dans le but de réduire le nombre de cas d'infection et les épidémies. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 102 (10).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les renseignements recueillis en application du paragraphe (9) soient examinés au moins une fois par mois afin 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-Ouest

609, rue Kumpf, bureau 105
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

déceler les tendances dans le but de réduire le nombre de cas d'infection et les éclosions.

Justification et résumé

Le responsable de la prévention et du contrôle des infections (PCI) a confirmé que l'analyse des tendances et la surveillance des données étaient examinées lors des réunions mensuelles de prévention et de contrôle des infections.

Un examen du procès-verbal de la réunion de mai 2024 sur la prévention et le contrôle des infections indique que la réunion a eu lieu le 18 juillet 2024.

Le responsable de la PCI a reconnu que l'examen mensuel du mois de mai avait été effectué tardivement, ce qui a pu exposer les personnes résidentes à un risque de ne pas détecter les tendances en matière d'infection.

Sources :

Procès-verbaux des réunions sur la prévention et le contrôle des infections, entretiens avec le responsable de la PCI.

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

Problème de conformité n° 014 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de la sous-disposition 5 ii du paragraphe 168 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Rapport sur l'amélioration constante de la qualité

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

5. Un relevé écrit de ce qui suit :

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-Ouest

609, rue Kumpf, bureau 105
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

ii. les résultats du sondage effectué pendant l'exercice en vertu de l'article 43 de la Loi,

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le rapport sur l'amélioration constante de la qualité contienne les résultats du sondage sur la satisfaction des résidents et de leur famille effectué au cours de l'exercice financier en vertu de l'article 43 de la Loi.

Justification et résumé

Le sondage sur la satisfaction des résidents et de leur famille a été réalisé du 2 au 17 octobre 2023.

Le rapport de l'initiative d'amélioration constante de la qualité n'incluait qu'une seule des possibilités d'amélioration devant faire l'objet d'une mesure.

D'après le sondage sur la satisfaction des résidents et de leur famille de 2023, les autres possibilités d'amélioration à mettre en œuvre sont la participation aux programmes de loisirs, la qualité des soins prodigués par les travailleurs sociaux et les techniciens en travail social, et la nécessité de veiller à ce que la conférence sur les soins aux personnes résidentes soit l'occasion d'une véritable discussion sur ce qui fonctionne bien, sur ce qui peut être amélioré et sur les solutions possibles.

La directrice générale a confirmé que le rapport sur l'amélioration constante de la qualité n'incluait pas tous les résultats du sondage.

Sources :

Sondage sur la satisfaction des résidents et de leur famille de 2023, rapport annuel de l'initiative d'amélioration constante de la qualité, programme d'inspection de 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-Ouest

609, rue Kumpf, bureau 105
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

qualité 25 mars 2024, plan de travail du programme d'inspection de la qualité 2024-2025, entretien avec la directrice générale.

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

Problème de conformité n° 015 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de la sous-disposition 5 iii du paragraphe 168 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Rapport sur l'amélioration constante de la qualité

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

5. Un relevé écrit de ce qui suit :

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le rapport sur l'amélioration constante de la qualité comprenne un relevé écrit des dates auxquelles les résultats du sondage effectué pendant l'exercice en vertu de l'article 43 de la Loi ont été communiqués aux personnes résidentes et à leur famille, au conseil des personnes résidentes, au conseil des familles, s'il y en a un, et aux membres du personnel du foyer.

Justification et résumé

La directrice générale a déclaré que les résultats du sondage ont été communiqués lors d'une réunion du conseil des résidents, que le conseil des familles a reçu une copie des résultats du sondage et que le personnel du foyer a été informé des

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-Ouest

609, rue Kumpf, bureau 105
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

résultats au cours des réunions d'équipe. La directrice générale a également déclaré qu'une copie du sondage avait été affichée dans le foyer sur le tableau d'amélioration de la qualité et sur le tableau d'information des résidents et des familles du foyer de soins de longue durée.

Le rapport annuel de l'initiative d'amélioration constante de la qualité du foyer ne mentionnait pas les dates auxquelles les résultats du sondage avaient été communiqués.

Sources : Sondage sur la satisfaction des résidents et de leur famille de 2023, rapport annuel de l'initiative d'amélioration constante de la qualité, programme d'inspection de la qualité 25 mars 2024, plan de travail du programme d'inspection de la qualité 2024-2025, entretien avec la directrice générale.

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

Problème de conformité n° 016 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de la sous-disposition 6 i du paragraphe 168 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Rapport sur l'amélioration constante de la qualité

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

6. Un relevé écrit de ce qui suit :

i. les mesures prises pour améliorer le foyer de soins de longue durée et les soins, services, programmes et biens qui y sont fournis, compte tenu des résultats documentés du sondage effectué pendant l'exercice en vertu de l'alinéa 43 (5) b) de la Loi, les dates auxquelles ces mesures ont été mises en œuvre et le résultat de ces mesures,

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-Ouest

609, rue Kumpf, bureau 105
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité comprenne un relevé écrit des mesures prises pour améliorer le foyer de soins de longue durée et les soins, les services, les programmes et les biens compte tenu des résultats documentés du sondage effectué pendant l'exercice en vertu de l'alinéa 43 (5) b) de la Loi ont été mises en œuvre, les dates auxquelles les mesures ont été prises et le résultat de ces mesures.

Justification et résumé

D'après le sondage sur la satisfaction des résidents et de leur famille de 2023, les autres possibilités d'amélioration à mettre en œuvre sont la participation aux programmes de loisirs, la qualité des soins prodigués par les travailleurs sociaux et les techniciens en travail social, et la nécessité de veiller à ce que la conférence sur les soins aux personnes résidentes soit l'occasion d'une véritable discussion sur ce qui fonctionne bien, sur ce qui peut être amélioré et sur les solutions possibles. Le rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité du foyer ne contenait pas de trace écrite des mesures prises par le foyer pour améliorer ces domaines, ni les dates de mise en œuvre et les résultats de ces mesures.

Le rapport sur l'initiative d'assurance constante de la qualité inclut les mesures prises pour l'un des résultats du sondage, relatif à la programmation spirituelle dans le foyer. Le rapport n'indiquait pas les dates de mise en œuvre des mesures ni leur résultat.

Comme aucun dossier n'a été conservé dans le foyer pour documenter les mesures prises, ainsi que les dates de mise en œuvre et les résultats de ces mesures, l'état d'avancement des plans d'action et des objectifs du foyer n'était pas clair.

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-Ouest

609, rue Kumpf, bureau 105
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

Sources : Sondage sur la satisfaction des résidents et de leur famille de 2023, rapport annuel de l'initiative d'amélioration constante de la qualité, programme d'inspection de la qualité 25 mars 2024, plan de travail du programme d'inspection de la qualité 2024-2025, entretien avec la directrice générale.

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

Problème de conformité n° 017 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de la sous-disposition 6 v du paragraphe 168 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Rapport sur l'amélioration constante de la qualité

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

6. Un relevé écrit de ce qui suit :

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité comprenne un relevé écrit de la manière et des dates auxquelles les mesures prises en vertu des sous-dispositions (i) et (ii) de la disposition 6 du paragraphe 168 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22 ont été communiquées aux résidents et à leur famille, au conseil des résidents, au conseil des familles et aux membres du personnel du foyer.

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-Ouest

609, rue Kumpf, bureau 105
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

La directrice des soins a indiqué que les mesures prises en vertu des sous-dispositions (i) et (ii) de la disposition 6 du paragraphe 168 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22 ont été communiquées lors d'une réunion de l'équipe de gestion et n'ont pas été partagées avec les autres membres du personnel du foyer, ni avec le conseil des résidents et le conseil des familles.

Le rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité du foyer ne contenait pas les renseignements susmentionnés et, comme les mesures prises n'ont pas été communiquées aux autres membres du personnel du foyer ou au conseil des résidents et au conseil des familles, aucune trace écrite de la façon dont les mesures ont été communiquées et des dates auxquelles elles l'ont été n'a été consignée.

En ne fournissant pas aux autres membres du personnel du foyer ainsi qu'au conseil des résidents et au conseil des familles les renseignements relatifs aux mesures prises dans le foyer, les autres membres du personnel, le conseil des résidents et le conseil des familles n'ont pas pu fournir une rétroaction.

Sources :

Sondage sur la satisfaction des résidents et de leur famille de 2023, rapport annuel de l'initiative d'amélioration constante de la qualité, programme d'inspection de la qualité 25 mars 2024, plan de travail du programme d'inspection de la qualité 2024-2025, entretien avec la directrice générale.

ORDRE DE CONFORMITÉ N° 001 Soins de la peau et des plaies

Problème de conformité n° 019 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : du sous-alinéa 55 (2) b) (iv) du Règl. de l'Ont. 246/22

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Ouest

609, rue Kumpf, bureau 105
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

Soins de la peau et des plaies

Paragraphe 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,

(iv) est réévalué au moins une fois par semaine par un membre du personnel infirmier autorisé, si cela s'impose sur le plan clinique;

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

Le titulaire de permis doit veiller à ce qui suit :

1. Former l'ensemble du personnel infirmier autorisé aux politiques du foyer en matière de contrôle de l'intégrité épidermique et d'évaluation des plaies.

Ce registre doit indiquer le nom des personnes ayant reçu la formation, la date à laquelle la formation a été donnée, ainsi que le contenu de la formation et des documents de formation.

2. Réaliser une vérification du traitement des plaies.

a) La vérification doit être réalisée par un membre de l'équipe de direction ou de direction clinique du foyer.

b) Elle doit être effectuée quotidiennement sur une période de deux semaines.

c) Déterminer les personnes résidentes présentant des problèmes cutanés nouveaux ou persistants.

d) La vérification doit porter sur les mesures prises par le personnel infirmier en réponse aux rapports sur les problèmes cutanés nouveaux

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-Ouest

609, rue Kumpf, bureau 105
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

ou constatés des personnes résidentes, afin de s'assurer qu'elles sont conformes aux politiques du foyer.

e) Tenir un dossier sur les vérifications effectuées et les dates auxquelles elles ont été réalisées.

f) Conserver un dossier de toutes les mesures prises lorsque la non-conformité est constatée, y compris les dates auxquelles les mesures correctives ont été prises.

g) Analyser les résultats des vérifications, traiter tout problème relevé et consigner les mesures correctives prises.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que deux personnes résidentes fassent l'objet d'une réévaluation hebdomadaire de leurs blessures.

Justification et résumé

La politique du foyer en matière de gestion des plaies (*Wound Management Policy*) (n° RFC-06-02) demande au personnel infirmier autorisé de réévaluer les plaies des personnes résidentes chaque semaine pour vérifier la progression de la cicatrisation jusqu'à ce que les plaies se résorbent. Les évaluations des plaies devaient inclure les dimensions des plaies et, lors de l'évaluation de chaque plaie, le personnel infirmier autorisé devait prendre une photographie de la plaie et la télécharger dans PointClickCare.

A) Une personne résidente présentait une altération de l'intégrité épidermique et n'a pas fait l'objet d'une réévaluation hebdomadaire de sa plaie. Elle n'a pas non plus fait l'objet d'une évaluation hebdomadaire de l'intégrité épidermique nouvellement

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-Ouest

609, rue Kumpf, bureau 105
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

altérée. Le responsable du soin de la peau et des plaies du foyer a déclaré que le personnel aurait dû procéder à des réévaluations hebdomadaires.

B) Une autre personne résidente présentait une altération de l'intégrité épidermique. La personne résidente n'a pas fait l'objet d'une évaluation hebdomadaire.

Le responsable du soin de la peau et des plaies du foyer a également noté que les évaluations des plaies effectuées pour les deux personnes résidentes n'incluaient pas systématiquement des photos ou des mesures.

Les deux personnes résidentes n'ayant pas fait l'objet d'une réévaluation hebdomadaire de leurs plaies comme indiqué cliniquement, et les évaluations n'ayant pas été réalisées conformément à la politique en matière de gestion des plaies du foyer, elles étaient exposés à un risque accru d'altérations non détectées de leurs plaies.

Sources :

Entretiens avec le responsable de la peau et des plaies du foyer; dossiers cliniques de la personne résidente et politique de gestion des plaies du foyer (*Wound Management Policy*) (n° RFC-06-02, créée en août 2024).

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

31 octobre 2024

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 002 Gestion de la douleur

Problème de conformité n° 020 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : du paragraphe 57 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Ouest

609, rue Kumpf, bureau 105
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

Gestion de la douleur

Paragraphe 57 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les résidents, lorsque leur douleur n'est pas soulagée au moyen des interventions initiales, soient évalués au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément à cette fin.

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

Le titulaire de permis doit veiller à ce qui suit :

1. Examiner et réviser la politique du programme de gestion de la douleur du foyer, le cas échéant, pour s'assurer que le personnel infirmier autorisé est chargé d'évaluer les personnes résidentes à l'aide d'un outil approprié sur le plan clinique lorsque la douleur des personnes résidentes n'est pas soulagée par les interventions initiales de gestion de la douleur.

Tenir un registre du processus de révision comprenant les renseignements suivants :

- i) Dates et heures des réunions et notes sur les discussions tenues
- ii) Nom des participants des réunions et leur(s) titre(s)
- iii) Le résultat de la révision et la date de mise en œuvre de la politique révisée.

2. Informer l'ensemble du personnel infirmier autorisé, y compris le personnel infirmier d'agence, des révisions de la politique en la matière.

Ce registre doit indiquer le nom des personnes ayant reçu la formation, la date à laquelle la formation a été donnée, ainsi que le contenu de la formation et des documents de formation.

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-Ouest

609, rue Kumpf, bureau 105
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

3. Après la révision et la mise en œuvre de la politique, procéder à une vérification des évaluations de la surveillance de la douleur par le personnel infirmier.

- a) La vérification doit être réalisée par un membre de l'équipe de direction ou de direction clinique du foyer.
- b) Elle doit être effectuée quotidiennement sur une période de deux semaines.
- c) Recenser les personnes résidentes dont la douleur est nouvelle ou n'a pas été soulagée pendant la période de la vérification.
 - a) La vérification doit consister en un examen des évaluations infirmières entreprises à la suite de signalements de nouvelles douleurs ou de douleurs non soulagées chez les personnes résidentes, afin de s'assurer qu'elles sont conformes aux politiques du foyer.
- e) Tenir un dossier sur les vérifications effectuées et les dates auxquelles elles ont été réalisées.
- f) Conserver un dossier de toutes les mesures prises lorsque la non-conformité est constatée, y compris les dates auxquelles les mesures correctives ont été prises.
- g) Analyser les résultats des vérifications, traiter tout problème relevé et consigner les mesures correctives prises.

Motifs

Lorsque la douleur de la personne résidente n'a pas été soulagée par les interventions initiales, le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que celle-ci soit évaluée à l'aide d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique expressément conçu à cette fin.

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-Ouest

609, rue Kumpf, bureau 105
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

Justification et résumé

Dans le cas où les personnes résidentes expriment une douleur qui n'est pas soulagée par les interventions initiales, ou une nouvelle douleur, le responsable du programme de gestion de la douleur du foyer a déclaré que le personnel infirmier autorisé était censé remplir une évaluation complète de la douleur dans PointClickCare, en indiquant les détails de la douleur. L'évaluation V5 de la douleur du foyer comprend les descriptions cliniques suivantes de la douleur :

- Description des facteurs qui ont pu provoquer ou précipiter la douleur
- Description de la chronologie de la douleur, par exemple si elle est constante, occasionnelle ou intermittente
- Qualité de la douleur, par exemple si elle est irradiante, douloureuse ou brûlante
- Si la douleur irradie à partir du point de départ
- Échelle de sédation ou autres comportements apparents au moment de l'expression de la douleur
- Sévérité de la douleur à l'aide de l'échelle numérique pour les personnes résidentes n'ayant pas de troubles cognitifs, ou de l'échelle PAINAD pour les personnes résidentes souffrant de troubles cognitifs.
- Emplacement de la douleur
- Renvoi vers les fournisseurs de soins de santé concernés

Une personne résidente a été reconnue comme souffrant de douleurs chroniques et a reçu deux ordonnances de routine pour l'aider à gérer sa douleur. En outre, un autre médicament contre la douleur lui avait été prescrit lorsqu'une intervention supplémentaire de gestion de la douleur était nécessaire.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Ouest

609, rue Kumpf, bureau 105
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

Aucune évaluation de la douleur n'a été réalisée lors de l'administration des médicaments contre la douleur dont la personne résidente avait besoin.

La politique du programme de gestion de la douleur (*Pain Management Program Policy*) du foyer indique que le personnel infirmier autorisé doit uniquement documenter les expressions de douleur des personnes résidentes n'ayant pas de troubles cognitifs à l'aide de l'échelle numérique lorsqu'il fournit des médicaments contre la douleur en cas de besoin.

Le responsable de la gestion de la douleur du foyer a indiqué qu'au moment de l'inspection, la politique ne demandait pas au personnel de remplir un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique pour évaluer les personnes résidentes dont la douleur n'était pas soulagée par les interventions initiales de gestion de la douleur.

Comme le programme de gestion de la douleur du foyer ne demandait pas au personnel infirmier autorisé de remplir un instrument d'évaluation approprié sur le plan clinique, spécialement conçu pour l'évaluation de la nouvelle douleur ou l'évaluation de l'efficacité des interventions contre la douleur, la personne résidente était exposée à un risque accru de surveillance et de gestion inefficaces de la douleur.

Sources : Entretiens avec les IAA et le responsable du programme de lutte de gestion de la douleur du foyer, dossiers cliniques de la personne résidente et politique du programme de gestion de la douleur du foyer (*Pain Management Program Policy*) (n° RFC-03-21, août 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 du Centre-Ouest

609, rue Kumpf, bureau 105
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

B) Lorsque la douleur de la personne résidente n'a pas été soulagée par les interventions initiales, le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que celle-ci soit évaluée à l'aide d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique expressément conçu à cette fin.

Justification et résumé

Le programme de gestion de la douleur (*Pain Management Program*) (n° RFC-03-21) du foyer, créé en août 2024, indique que le personnel doit effectuer une évaluation de la douleur pendant 72 heures pendant les quarts de jour, de soir et de nuit (seulement si la personne résidente est éveillée) dans les circonstances suivantes, en utilisant l'échelle d'évaluation numérique pour les personnes résidentes capables de signaler eux-mêmes leur douleur et le PAINAD pour les personnes résidentes souffrant de troubles cognitifs :

- Chaque fois qu'un médicament contre la percée de douleur est utilisé pendant trois jours consécutifs.

- Informer le médecin ou l'infirmière praticienne dès que cela est raisonnablement possible, avec une analyse de la douleur et une évaluation lorsque trois doses ou plus de médicament contre la percée de douleur ont été nécessaires.

Le programme de soins d'une personne résidente indiquait qu'elle souffrait de douleurs et qu'on lui avait administré un analgésique pour les soulager. La personne résidente a également reçu des médicaments contre la douleur en fonction de ses besoins.

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-Ouest

609, rue Kumpf, bureau 105
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

Aucune évaluation de la douleur appropriée sur le plan clinique n'a été effectuée, et le médecin n'a pas été informé de l'administration d'au moins trois doses de médicament contre la percée de douleur à la personne résidente.

Le directeur adjoint des soins a reconnu qu'une évaluation complète de la douleur, appelée « nouvelle évaluation de la douleur », aurait dû être effectuée lorsque la personne résidente a reçu des médicaments nécessaires pour soulager des percées de douleur.

La personne résidente risquait de ne pas recevoir le plan de traitement le plus efficace, de ne pas voir sa douleur prise en charge de manière appropriée et de ne pas recevoir un diagnostic précis, car elle n'avait pas été évaluée à l'aide d'un examen approprié sur le plan clinique.

Sources : Entretien avec le directeur adjoint des soins et le mandataire spécial, observations, examen de la politique du programme de gestion de la douleur (*Pain Management Program Policy*), n° RFC-03-21 du foyer de soins de longue durée, évaluation de la douleur de la personne résidente, registre électronique d'administration des médicaments.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le
31 octobre 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 du Centre-Ouest

609, rue Kumpf, bureau 105
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

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 permis 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 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.

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-Ouest

609, rue Kumpf, bureau 105
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

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 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.

En vertu de l'article 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;

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-Ouest

609, rue Kumpf, bureau 105
Waterloo ON N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

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

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