

Rapport public

Date d'émission du rapport : 31 décembre 2024.

Numéro d'inspection : 2024-1502-0004

Type d'inspection :

Inspection proactive de conformité

Titulaire de permis : Providence Care Centre

Foyer de soins de longue durée et ville : Providence Manor, Kingston

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 12, 13, 16-20, 23, 24, 27, 30 et 31 décembre 2024.

L'inspection concernait :

- le registre n° 00134199 – inspection proactive de conformité (IPC).

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

- Prévention et gestion de la peau et des plaies
- Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
- Conseils des résidents et des familles
- Alimentation, nutrition et hydratation
- Gestion des médicaments
- Prévention et contrôle des infections
- Foyer sûr et sécuritaire
- Prévention des mauvais traitements et de la négligence
- Amélioration de la qualité
- Normes de dotation, de formation et de soins
- Droits et choix des personnes résidentes

Gestion de la douleur

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

Non-respect des exigences rectifié

Un non-respect a été constaté durant cette inspection, et le titulaire de permis l'a rectifié avant la fin de l'inspection. L'inspecteur a estimé que le non-respect satisfaisait au sens du paragraphe 154 (2) et ne nécessitait pas d'autre mesure.

Problème de conformité n° 001 rectifié conformément au paragraphe 154 (2) de la LRSLD (2021)

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

Pouvoirs du conseil des résidents

Paragraphe 63 (3). Si le conseil des résidents l'a informé de sujets de préoccupation ou de recommandations en vertu de l'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 n'a pas veillé à répondre par écrit quand le conseil des résidents l'a informé, le 16 septembre 2024, de sujets de préoccupation concernant le manque de produits pour incontinence et la disparition de vêtements d'une personne résidente.

Le 17 décembre 2024, le foyer a mis en place un modèle à utiliser pour répondre par écrit aux questions et aux sujets de préoccupation du conseil des résidents.

Sources : Procès-verbal d'une réunion du conseil des résidents et entretien avec la travailleuse sociale ou le travailleur social et coordonnatrice ou coordonnateur des admissions.

Date à laquelle la mesure corrective a été mise en œuvre : 17 décembre 2024.

Problème de conformité n° 002 rectifié conformément au paragraphe 154 (2) de la LRSLD (2021)

Non-respect de la disposition **265 (1) 10 du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Affichage des renseignements

Paragraphe 265 (1). Pour l'application de l'alinéa 85 (3) s) de la Loi, le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les renseignements qui doivent être affichés dans le foyer et communiqués aux résidents en application de l'article 85 de la Loi comprennent les éléments suivants :

10. La version en vigueur de la politique concernant les visiteurs prise en vertu de l'article 267.

Le 12 décembre 2024, la politique concernant les visiteurs n'était pas affichée dans le foyer de soins de longue durée.

L'administratrice ou l'administrateur a affiché la politique concernant les visiteurs le 19 décembre 2024.

Sources : Observation de la politique concernant les visiteurs et entretien avec l'administratrice ou l'administrateur.

Date à laquelle la mesure corrective a été mise en œuvre : 19 décembre 2024.

AVIS ÉCRIT : Documentation

Problème de conformité n° 003 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de la disposition 6 (9) 1 de la LRSLD (2021)

Programme de soins

Paragraphe 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.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la prestation des soins propres aux activités de la vie quotidienne fût documentée, comme prévu dans le programme de soins de deux personnes résidentes lors de plusieurs dates pendant un mois.

Sources : Examen du programme de soins, de la documentation des tâches dans l'interface Point of Care, et entretien avec des personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la prestation des soins prévus dans le programme de soins de deux personnes résidentes fût documentée. À une date déterminée, la documentation concernant la consommation de deux personnes résidentes au petit déjeuner et au déjeuner était omise.

Sources : Documentation concernant la consommation d'aliments et de liquides des personnes résidentes, entretien avec la directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI).

AVIS ÉCRIT : Sondage sur l'expérience des résidents et de leur famille/fournisseur de soins

Problème de conformité n° 004 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de

la LRSLD (2021).

Non-respect du paragraphe 43 (1) de la LRSLD (2021)

Sondage sur l'expérience des résidents et de leur famille/fournisseur de soins
Paragraphe 43 (1). Sauf directive contraire du ministre, le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qu'un sondage soit réalisé, au moins une fois par année, auprès des résidents, de leur famille et des fournisseurs de soins pour mesurer leur expérience à l'égard du foyer et des soins, services, programmes et biens qui y sont fournis.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le sondage sur l'expérience des résidents et de leur famille/fournisseur de soins fût effectué pour l'année financière 2023-2024.

Sources : Examen des procès-verbaux des réunions du conseil des résidents, documentation sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité, entretien avec l'administratrice ou l'administrateur, et avec la travailleuse sociale ou le travailleur social/coordonnatrice ou coordonnateur des admissions.

AVIS ÉCRIT : Portes dans le foyer

Problème de conformité n° 005 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de la disposition **12 (1) 3 du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Portes dans le foyer

Paragraphe 12 (1). Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au respect des règles suivantes :

3. Toutes les portes donnant sur les aires non résidentielles doivent être dotées de verrous pour empêcher leur accès non supervisé par les résidents. Elles doivent être gardées fermées et verrouillées quand elles ne sont pas supervisées par le personnel.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que quatre portes donnant sur les aires non résidentielles, dans deux unités résidentielles distinctes, fussent gardées fermées et verrouillées quand elles n'étaient pas supervisées par le personnel.

Sources : Observation des portes n° 1- 4018, n° 1 - 4035, n° 1-5005, n° 1 - 5047, et entretien avec la directrice ou le directeur des soins infirmiers.

AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies

Problème de conformité n° 006 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect du sous-alinéa **55 (2) b) (iv) 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 :

(iv) est réévalué au moins une fois par semaine par une personne autorisée visée au paragraphe (2.1), si cela s'impose sur le plan clinique.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que deux personnes résidentes qui présentaient 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, fussent réévaluées au moins une fois par semaine par une personne autorisée, si cela s'impose sur le plan clinique.

Une personne résidente n'a pas fait l'objet d'une évaluation hebdomadaire d'une

plaie pendant 23 jours.

Une deuxième personne résidente n'a pas fait l'objet d'évaluations hebdomadaires de trois plaies distinctes pendant 13 jours.

Sources : Évaluations hebdomadaires des plaies des personnes résidentes sur MED e-care et Lumeo, et entretiens avec une infirmière auxiliaire autorisée ou un infirmier auxiliaire autorisé (IAA), une infirmière praticienne ou un infirmier praticien (IP), et deux directrices adjointes ou directeurs adjoints des soins infirmiers (DASI).

AVIS ÉCRIT : Service de restauration et de collation

Problème de conformité n° 007 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect **de l'alinéa 79 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Service de restauration et de collation

Paragraphe 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 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'aucun repas ne fût servi à une personne résidente qui a besoin d'aide pour manger avant que quelqu'un fût disponible pour lui fournir l'aide dont elle avait besoin. On a servi son repas à une personne résidente, puis on lui a fourni l'aide dont elle avait besoin 20 minutes plus tard.

Sources : Observations du service d'un repas, examen du programme de soins d'une personne résidente, et entretien avec une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP).

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des

infections

Problème de conformité n° 008 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de **l'alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Programme de prévention et de contrôle des infections

Paragraphe 102 (2). Le titulaire de permis met en œuvre ce qui suit :

b) les normes ou protocoles que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 102 (2).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une norme que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections fût respectée.

Conformément à l'exigence supplémentaire 9.1 b) aux termes de la *Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée (version d'avril 2022)*, le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les pratiques de base fussent respectées dans le programme de PCI, en particulier en ce qui concernait la pratique de l'hygiène des mains par trois personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP) pendant le service d'un repas.

Sources : Observation de l'inspecteur.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une norme que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections fût respectée.

Conformément à l'exigence supplémentaire 9.1 d) aux termes de la *Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée (version d'avril 2022)*, le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les exigences supplémentaires en matière d'équipement de protection individuelle (EPI), notamment le choix et le port appropriés, fussent respectées dans le programme de PCI, plus précisément en ce qui concernait un membre du

personnel qui ne portait qu'un masque N95 dans la chambre d'une personne résidente qui faisait l'objet de précautions contre les aérosols et la transmission par contact.

Sources : Observation de l'inspecteur.

AVIS ÉCRIT : Entreposage sécuritaire des médicaments

Problème de conformité n° 009 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect du sous-alinéa 138 (1) a) (ii) du **Règl. de l'Ont. 246/22**

Entreposage sécuritaire des médicaments

Paragraphe 138 (1). Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

- a) les médicaments sont entreposés dans un endroit ou un chariot à médicaments qui réunit les conditions suivantes :
 - (ii) il est sûr et verrouillé.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un stylo injecteur d'insuline fût rangé dans le chariot à médicaments, et à ce que le chariot à médicaments fût sûr et verrouillé.

Sources : Observation du chariot à médicaments.

AVIS ÉCRIT : Comité d'amélioration constante de la qualité

Problème de conformité n° 010 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de la disposition **166 (2) 8** du **Règl. de l'Ont. 246/22**.

Comité d'amélioration constante de la qualité

Paragraphe 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 constante de la qualité comprenne une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP).

Sources : Examen des documents de l'initiative d'amélioration constante de la qualité et entretien avec l'administratrice ou l'administrateur.

AVIS ÉCRIT : Comité d'amélioration constante de la qualité

Problème de conformité n° O11 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de la disposition 166 (2) **9 du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Comité d'amélioration constante de la qualité

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

9. Un membre du conseil des résidents du foyer.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le comité d'amélioration constante de la qualité comprenne un membre du conseil des résidents.

Sources : Examen des documents de l'initiative d'amélioration constante de la qualité, entretien avec l'administratrice ou l'administrateur, avec la travailleuse

sociale ou le travailleur social et coordonnatrice ou coordonnateur des admissions.

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

Problème de conformité n° 012 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

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

Rapport sur l'amélioration constante de la qualité

Paragraphe 168 (3). Le titulaire de permis veille à ce qu'une copie du rapport soit remise au conseil des résidents et au conseil des familles, s'il y en a un.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une copie du rapport sur l'amélioration constante de la qualité fût remise au conseil des résidents en 2024.

Sources : Examen des procès-verbaux des réunions du conseil des résidents et entretien avec la travailleuse sociale ou le travailleur social et coordonnatrice ou coordonnateur des admissions.