

Rapport public

Date d'émission du rapport : 7 avril 2025

Numéro d'inspection : 2025-1208-0002

Type d'inspection :

Plainte

Incident critique

Suivi

Titulaire de permis : Revera Long Term Care Inc.

Foyer de soins de longue durée et ville : Sara Vista, Elmvale

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 19 au 21 et 24 au 26 mars 2025, de même que 1^{er} au 4 et 7 avril 2025

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

L'inspection concernait :

- Dossier : n° 00136356 – Suivi n° : 1 – Ordre de conformité n° 001 – Dossier en lien avec la planification des menus
- Dossier : n° 00138582 – Incident critique n° 2710-000002-25 – Dossier en lien avec le programme de prévention des chutes
- Dossier : n° 00142053 – Dossier en lien avec des préoccupations quant à une pénurie de personnel de même qu'avec les soins et services fournis aux personnes résidentes

Ordres de conformité délivrés antérieurement

L'inspection a établi la conformité à l'ordre ou aux ordres de conformité suivants délivrés antérieurement :

Ordre n° 001 de l'inspection n° 2024-1208-0003 en lien avec le paragraphe 77(5) du Règl. de l'Ont. 246/22

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

- Services de soins et de soutien à l'intention des personnes résidentes
- Alimentation, nutrition et hydratation
- Entretien ménager, services de buanderie et services d'entretien

Prévention et contrôle des infections
Normes en matière de dotation en personnel, de formation et de soins
Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Exigences générales

Problème de conformité n° 001 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (LRSLD).

Non-respect du : paragraphe 34(2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Exigences générales

Paragraphe 34(2) – Le titulaire de permis veille à ce que les mesures prises à l'égard d'un résident dans le cadre d'un programme, notamment les évaluations, les réévaluations, les interventions et les réactions du résident aux interventions, soient documentées.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'on documente les évaluations réalisées et les interventions mises en œuvre lorsqu'il a été signalé qu'une personne résidente présentait des symptômes d'infection.

Une communication adressée au foyer donnait à penser qu'une personne résidente présentait les symptômes d'une infection. Le foyer a omis de documenter la communication. De même, lorsqu'on a diagnostiqué une infection chez la personne, le foyer n'a pas non plus évalué ou mis en œuvre des interventions pendant plus de deux semaines.

Sources : Examen des notes sur l'évolution de la situation à propos de la personne résidente, des rapports de laboratoire et des ordres du médecin; entretien avec une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) ainsi qu'une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé (IA).

[729]

AVIS ÉCRIT : Services infirmiers et services de soutien personnel

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

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 (Ontario) N2V 1K8
Téléphone : 888-432-7901

Non-respect de : l'alinéa 35(3)a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Services infirmiers et services de soutien personnel

Paragraphe 35(3) – Le plan de dotation en personnel doit :

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

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que, pendant une période de deux mois, le plan de dotation en personnel prévoit une dotation en personnel variée qui était compatible avec les besoins évalués des personnes résidentes en matière de soins et de sécurité et qui satisfaisait aux exigences de la Loi et du Règlement.

Selon le plan de dotation en personnel du foyer, il devait y avoir le nombre requis de PSSP pendant les quarts de travail de jour et de soirée. Lors de plusieurs jours et soirées au cours de la période visée de deux mois, il n'y avait pas en poste au foyer le nombre nécessaire de PSSP pour répondre aux besoins évalués des personnes résidentes en matière de soins et de sécurité.

Sources : Plan de dotation en personnel; dossiers des personnes résidentes; horaires de travail des membres du personnel autorisé et des PSSP; horaires des bains; feuilles d'affectation des PSSP; entretiens avec les PSSP, la directrice ou le directeur des soins infirmiers de même que la directrice générale ou le directeur général.

[155]

AVIS ÉCRIT : Gestion de la douleur

Problème de conformité n° 003 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la LRSLD.

Non-respect de : l'alinéa 57(1)2 du Règl. de l'Ont. 246/22

Gestion de la douleur

Paragraphe 57(1) – Le programme de gestion de la douleur doit au minimum prévoir ce qui suit :

2. Des stratégies de gestion de la douleur, notamment des interventions non pharmacologiques, ainsi que des fournitures, des appareils et des appareils fonctionnels.

Le titulaire de permis a omis de respecter le programme d'évaluation et de gestion de la douleur du foyer. En effet, dans le cas d'une personne résidente qui souffrait d'une douleur continue en raison d'une blessure grave, on a omis d'effectuer les évaluations de la douleur et les réévaluations requises, et de communiquer avec le médecin du

foyer.

Aux termes de l'alinéa 11(1)b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis doit voir à ce qu'on respecte les politiques élaborées pour le programme de gestion de la douleur et des symptômes.

Plus précisément, une personne résidente a subi une blessure grave provoquant de la douleur, mais on a omis d'effectuer une évaluation complète de la douleur. Puis, lorsque l'état de la personne a changé et qu'il a fallu prendre en compte l'endroit où elle ressentait la douleur, l'intensité de celle-ci et les besoins supplémentaires en analgésiques, on a omis, pendant plusieurs jours, de réaliser de nouvelles évaluations de manière continue et de communiquer avec le médecin.

Sources : Examen des notes sur l'évolution de la situation, de l'outil de surveillance de la douleur sur 72 heures, de l'évaluation complète de la douleur, des dossiers de l'hôpital et de la politique du programme en question à propos de l'évaluation et de la gestion de la douleur – date d'examen : 31 mars 2024 (politique n° CARE 8-P10, CARE 8-O10.02, CARE 8-O10.01); entretien avec une ou un IA.
[729]

AVIS ÉCRIT : Administration des médicaments

Problème de conformité n° 004 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la LRSLD.
Non-respect du : paragraphe 140(2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Administration des médicaments

Paragraphe 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, paragraphe 140(2).

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'une personne résidente reçoive ses médicaments au moment prescrit par le médecin.

Une personne résidente avait besoin qu'on lui prescrive les médicaments pour traiter une infection. Le médecin a prescrit un médicament dont disposait le foyer dans sa réserve de médicaments d'urgence. Le foyer n'a traité l'ordre du médecin que le lendemain, ce qui a entraîné le retard de deux doses du traitement.

Sources : Examen de la liste de la réserve de médicaments d'urgence; examen des notes sur l'évolution de la situation à propos de la personne résidente, des résultats

obtenus en laboratoire, des ordres du médecin et des dossiers médicaux électroniques. Examen de l'article E. 21 de la politique du foyer à propos de sa pharmacie et de la réserve de médicaments d'urgence de MediSystem, révisée en août 2024; entretien avec une ou un IA et un médecin.

[729]