

Ministère des Soins de longue durée

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

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

Rapport public initial

Date d'émission du rapport : 29 mai 2024	
Numéro d'inspection : 2024-1069-0002	
Type d'inspection : Inspection proactive de la conformité	
Titulaire de permis : 0760444 B.C. Ltd. par ses partenaires généraux au nom d'Omni Health Care Limited Partnership	
Foyer de soins de longue durée et ville : Springdale Country Manor, Peterborough	
Inspectrice principale/Inspecteur principal April Chan (704759)	Signature numérique de l'inspectrice
Autres inspectrices ou inspecteurs Kelly Burns (000722)	

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 10 au 12 avril, du 15 au 19 avril et du 22 au 24 avril 2024

L'inspection concernait :
Dossier n° 00113279 Inspection proactive de la conformité

Des situations de non-conformité liées à l'alinéa 19 (2) c) de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (LRSLD) ont été constatées lors de cette inspection et ont fait l'objet d'une inspection concomitante, n° 2024_1069_0003.

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

Alimentation, nutrition et hydratation
Gestion des médicaments

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Foyer sûr et sécuritaire
Amélioration de la qualité
Gestion de la douleur
Prévention et gestion des chutes
Prévention et gestion de la peau et des plaies
Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
Services d'entretien ménager, de buanderie et d'entretien
Conseils des résidents et des familles
Prévention et contrôle des infections
Prévention des mauvais traitements et de la négligence
Droits et choix des personnes résidentes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : DÉCLARATION DES DROITS DES RÉSIDENTS

Problème de conformité n° 001 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : l'alinéa 3 (1) 18 de la LRSLD (2021)

Déclaration des droits des résidents

Par. 3 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au plein respect et à la promotion des droits suivants des résidents :

18. Le résident a droit à son intimité dans le cadre de son traitement et de la satisfaction de ses besoins personnels.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente ait droit à son intimité lorsque le personnel lui fournissait des soins.

Justification et résumé

Une inspection proactive de la conformité (IPC) a été effectuée. Dans le cadre de l'IPC, une visite du foyer de soins de longue durée a été effectuée.

Lors de la visite initiale du foyer de soins de longue durée, un infirmier auxiliaire autorisé ou une infirmière auxiliaire autorisée (IAA) a été vu(e) en train d'évaluer le

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

haut du corps d'une personne résidente; le haut du corps de la personne résidente était visible d'un couloir résidentiel ouvert, dans lequel se trouvaient des personnes résidentes et l'inspectrice.

L'IAA a reconnu que la porte de la chambre de la personne résidente aurait dû être fermée avant le début de l'évaluation. L'IAA a confirmé que la personne résidente n'avait pas eu droit à son intimité pendant l'évaluation.

Le fait de ne pas veiller à ce qu'une personne résidente bénéficie d'une certaine intimité pendant la prestation des soins constitue une violation du droit à l'intimité de la personne résidente.

Sources : observations; entretien avec un ou une IAA. [000722]

AVIS ÉCRIT : PROGRAMME DE SOINS

Problème de conformité n° 002 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect du : paragraphe 6 (7) de la LRSLD (2021)

Programme de soins

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

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis à une personne résidente.

Justification et résumé

Dans le cadre de l'inspection proactive de la conformité, le service de restauration a été inspecté.

Une personne résidente s'est vu servir son plat principal composé d'aliments modifiés dans une texture particulière.

Selon le profil alimentaire de la personne résidente, celle-ci présente un risque sur

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

le plan alimentaire et a été évaluée comme ayant besoin d'un régime alimentaire particulier prévoyant des modifications de texture définies.

Un ou une aide diététique (AD) a dit savoir que la personne résidente devait suivre un régime alimentaire particulier prévoyant des modifications de texture. L'AD a confirmé que la personne résidente avait reçu par erreur un repas dans une autre texture modifiée.

Une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) et le diététiste professionnel ou la diététiste professionnelle (Dt.P.) ont confirmé que les aliments du repas remis à la personne résidente n'étaient pas dans la bonne texture. Le ou la gestionnaire des soins alimentaires et le ou la Dt.P. ont confirmé les risques associés au fait de ne pas fournir à la personne résidente des aliments à la texture sécuritaire.

Le non-respect du programme de soins, en particulier en ce qui concerne les soins alimentaires, a exposé la personne résidente à un risque de déglutition dangereuse et à un risque d'étouffement ou d'aspiration.

La PSSP a constaté que la personne résidente avait reçu un autre repas dans une texture autre que celle évaluée et a retiré le repas avant que la personne résidente ne le mange.

Sources : observations, examen du programme de soins de la personne résidente et entretiens avec un ou une AD, une PSSP, un ou une Dt.P. et le ou la gestionnaire des soins alimentaires. [000722]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis à une personne résidente.

Justification et résumé

Dans le cadre de l'inspection proactive de la conformité, le service de restauration a été inspecté.

Une personne résidente s'est vue servir une entrée, un plat principal et un dessert

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

dans des textures particulières. La personne résidente a été observée en train de mettre un morceau de cantaloup en dés et ses fraises en purée dans sa bouche, d'essayer de mâcher le morceau de fruit, puis de retirer le morceau de cantaloup en dés de sa bouche et de poser le fruit non mâché sur la table.

Le programme de soins de la personne résidente ainsi que le profil alimentaire et les informations sur le régime alimentaire disponibles au moment du service de repas ont été examinés. La documentation indique que la personne résidente présente un risque sur le plan alimentaire et qu'elle a été évaluée comme ayant besoin d'un régime alimentaire particulier prévoyant des aliments dans une texture modifiée spécifiée.

Un ou une AD, qui avait servi le repas, a dit que les aliments servis à la personne résidente devaient être dans une texture particulière. L'AD a toutefois révélé ne pas trop savoir à quelle texture particulière les instructions faisaient référence et si la personne résidente pouvait manger l'option de menu particulier qui lui était servie, d'après l'ordonnance de régime alimentaire particulier. L'AD a également dit douter que le cantaloup en dés soit approprié dans le cas d'un régime d'aliments à texture particulière.

Le ou la gestionnaire des soins alimentaires et le ou la Dt.P. ont indiqué qu'un certain nombre d'options de menu servies à la personne résidente n'auraient pas été appropriées en fonction de l'ordonnance de régime alimentaire particulier de la personne résidente. Le ou la gestionnaire des soins alimentaires et le ou la Dt.P. ont confirmé les risques associés au fait de ne pas fournir des aliments dans une texture sécuritaire à une personne résidente à risque.

Le non-respect du programme de soins, en particulier en ce qui concerne les soins alimentaires, a exposé la personne résidente à un risque de déglutition dangereuse et à un risque d'étouffement ou d'aspiration.

Sources : observations pendant le service de repas, examen du programme de soins de la personne résidente et entretiens avec un ou une AD, un ou une Dt.P. et le ou la gestionnaire des soins alimentaires. [000722]

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

3. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis à une personne résidente, en particulier en ce qui a trait à la nourriture et aux soins alimentaires.

Justification et résumé

Une inspection proactive de la conformité (IPC) a été effectuée. Dans le cadre de l'IPC, il y a eu observation du service de restauration.

L'administrateur ou l'administratrice ou son représentant a fourni une liste des personnes résidentes qui ont été évaluées comme à risque sur le plan alimentaire; cette liste comprenait une personne résidente qui doit suivre un régime alimentaire particulier prévoyant des modifications dans le type de texture des aliments, selon l'évaluation du ou la Dt.P. Le régime alimentaire de la personne résidente et le type de texture des aliments ont été vérifiés à partir du dossier médical clinique de la personne résidente et d'une feuille de rapport sur le type de régime alimentaire fournie par le titulaire de permis.

La remise à la personne résidente du repas de midi, qui comprenait des « croquettes de morue », a été observée et une PSSP a été vue en train de couper les croquettes de morue en format de bouchées.

Le ou la Dt.P. et le ou la gestionnaire des soins alimentaires ont confirmé que la personne résidente avait été évaluée comme ayant besoin de suivre un régime aux aliments dans une texture particulière et qu'elle aurait dû recevoir des aliments adaptés à son régime dans la texture appropriée. Le ou la Dt.P. et le ou la gestionnaire des soins alimentaires ont reconnu que la présentation d'aliments et de textures incorrectes à une personne résidente entraînait un risque.

Le fait de ne pas veiller à ce que le régime alimentaire défini dans l'évaluation, ce qui inclut la modification de la texture, soit servi à la personne résidente entraîne un risque d'étouffement ou d'aspiration.

Sources : observations, examen du dossier médical clinique de la personne résidente, de la liste des personnes résidentes à risque sur le plan alimentaire et du

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

rapport du titulaire de permis sur le type de régime alimentaire et entretiens avec un ou une AD, le ou la Dt.P. et le ou la gestionnaire des soins alimentaires. [000722]

AVIS ÉCRIT : PROGRAMME DE SOINS

Problème de conformité n° 003 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : l'alinéa 6 (g) 1 de la LRSLD (2021)

Programme de soins

Al. 6 (g) 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 prévus dans le programme de soins soit documentée pour trois personnes résidentes en ce qui a trait à l'aide aux soins personnels et à l'hygiène.

Justification et résumé

Trois personnes résidentes devaient recevoir de l'aide pour les soins personnels et l'hygiène. Il manquait des documents concernant l'aide reçue par les personnes résidentes pour des activités particulières pendant un certain nombre de jours au cours d'un mois.

Une personne résidente a affirmé qu'elle ne craignait pas de ne pas recevoir les soins dont elle avait besoin. Deux PSSP ont indiqué qu'elles avaient prodigué des soins aux deux autres personnes résidentes pendant l'un des jours où la documentation manquait, mais qu'elles n'avaient pas eu le temps de documenter les soins prodigués. Le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) a confirmé que l'on attendait du personnel qu'il documente les soins prodigués.

Sources : dossier médical clinique, entretiens avec une personne résidente, des PSSP et le ou la DSI. [704759]

AVIS ÉCRIT : PROGRAMME DE SOINS

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Problème de conformité n° 004 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : l'alinéa 6 (10) b) de la LRSLD (2021)

Programme de soins

Paragraphe 6 (10) Le titulaire de permis veille à ce que le résident fasse l'objet d'une réévaluation et à ce que son programme de soins soit réexaminé et révisé tous les six mois au moins et à tout autre moment lorsque, selon le cas : b) les besoins du résident en matière de soins évoluent ou les soins prévus dans le programme ne sont plus nécessaires;

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins écrit d'une personne résidente soit réexaminé et révisé lorsque les besoins de la personne résidente en matière de soins ont évolué ou que les soins prévus dans le programme ne sont plus nécessaires.

Justification et résumé

L'examen des dossiers médicaux a révélé que la personne résidente souffrait d'une déficience physique et qu'elle recevait de l'aide pour ses soins personnels.

L'examen des documents relatifs aux soins et les entretiens avec la personne résidente et le personnel ont démontré que la personne résidente recevait des soins personnels et des soins d'hygiène particuliers. Le foyer avait mis en place un programme de soins pour la personne résidente qui ne précisait pas les soins personnels et les soins d'hygiène particuliers reçus par la personne résidente. Le programme de soins écrit ne précisait pas non plus tous ces soins particuliers reçus par la personne résidente.

L'entretien avec le ou la DSI a révélé que le programme de soins écrit de la personne résidente devrait être révisé pour fournir les renseignements à jour sur les soins fournis à la personne résidente.

Il y avait un risque que les soins fournis à la personne résidente ne soient pas suivis, car le programme de soins provisoire ne reflétait pas les besoins de la personne résidente.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Sources : dossier médical clinique, entretiens avec la personne résidente, une PSSP et le ou la DSI. [704759]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins écrit d'une personne résidente soit réexaminé et révisé lorsque les besoins de la personne résidente en matière de soins ont évolué ou que les soins prévus dans le programme ne sont plus nécessaires.

Justification et résumé

L'examen des dossiers médicaux a révélé que la personne résidente souffrait d'une déficience cognitive et physique et qu'elle recevait de l'aide pour ses soins personnels. L'examen des documents relatifs aux soins a démontré que la personne résidente recevait l'aide de deux membres du personnel à l'utilisation d'un lève-personne mécanique pour aller aux toilettes. Les entretiens avec deux PSSP ont indiqué que la personne résidente recevait une aide précise pour aller aux toilettes. Le foyer avait mis en place un programme de soins pour la personne résidente qui ne précisait pas que cette dernière avait besoin d'une aide particulière pour aller aux toilettes.

L'entretien avec le ou la DSI a révélé que le programme de soins écrit de la personne résidente devrait être révisé pour fournir les renseignements à jour sur les soins fournis à la personne résidente.

Il y avait un risque que l'aide particulière prévue pour la personne résidente en ce qui concerne les toilettes ne soit pas fournie, car le programme de soins provisoire ne reflétait pas les besoins de la personne résidente en matière de soins.

Sources : dossier médical clinique, entretiens avec deux PSSP et le ou la DSI. [704759]

3. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins écrit d'une personne résidente soit réexaminé et révisé lorsque les besoins de la personne résidente en matière de soins ont évolué ou que les soins prévus dans le

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

programme ne sont plus nécessaires.

Justification et résumé

L'examen des dossiers médicaux a révélé que la personne résidente recevait de l'aide pour ses soins personnels. L'examen des documents relatifs aux soins et l'entretien avec une PSSP ont montré que la personne résidente recevait une aide particulière pendant le bain pour des raisons de sécurité. La personne résidente disposait d'un programme de soins écrit au sujet du bain qui ne précisait pas que la personne résidente avait besoin d'une aide particulière pendant le bain pour des raisons de sécurité.

L'entretien avec le ou la DSI a révélé que le programme de soins écrit de la personne résidente devrait être révisé pour fournir les renseignements à jour sur les soins fournis à la personne résidente.

Il y avait un risque que l'aide particulière prévue pour la personne résidente en ce qui concerne le bain ne soit pas fournie, car le programme de soins provisoire ne reflétait pas les besoins de la personne résidente en matière de soins.

Sources : dossiers médicaux cliniques de la personne résidente, entretiens avec une PSSP et le ou la DSI. [704759]

AVIS ÉCRIT : PROGRAMME DE SOINS

Problème de conformité n° 005 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : l'alinéa 6 (10) c) de la LRSLD (2021)

Programme de soins

Paragraphe 6 (10) Le titulaire de permis veille à ce que le résident fasse l'objet d'une réévaluation et à ce que son programme de soins soit réexaminé et révisé tous les six mois au moins et à tout autre moment lorsque, selon le cas : c) les soins prévus dans le programme se sont révélés inefficaces.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente fasse l'objet

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

d'une réévaluation et à ce que son programme de soins soit révisé lorsque les soins prévus se sont révélés inefficaces.

Justification et résumé

Une inspection proactive de la conformité (IPC) a été effectuée. Dans le cadre de l'IPC, le programme de prévention et de gestion des chutes du titulaire de permis a été examiné.

Il y a eu entretiens avec le personnel infirmier autorisé et le coordonnateur ou la coordonnatrice des soins cliniques au sujet du programme de prévention et de gestion des chutes du titulaire de permis; les renseignements obtenus lors des entretiens ne correspondaient pas aux directives trouvées dans la politique du titulaire. Un ou une IAA a constaté qu'une personne résidente présentait un risque de chute.

Le dossier médical clinique de la personne résidente a été examiné. Selon la documentation consultée, la personne résidente a été évaluée comme présentant un risque de chute. Cette documentation indique que la personne résidente a fait un certain nombre de chutes, qu'il n'y a eu aucun témoin de deux chutes et qu'il a fallu procéder à des évaluations particulières. La documentation ne précise pas que le programme de soins a été réexaminé ou révisé à la suite de l'une ou l'autre des chutes en vue d'y intégrer de nouvelles mesures d'intervention visant à prévenir d'autres chutes ou blessures.

Un ou une IAA et le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) ont confirmé que le programme de soins écrit n'avait pas été révisé, à la suite des chutes de la personne résidente, pour y inclure de nouvelles stratégies ou mesures d'intervention visant à prévenir d'autres chutes de la personne résidente ou d'autres blessures chez cette dernière.

Le fait de ne pas réévaluer et réviser le programme de soins d'une personne résidente à la suite d'un incident présente un risque de préjudice pour la personne résidente.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Sources : examen du dossier médical clinique de la personne résidente, de la politique du titulaire de permis, de l'évaluation de la personne résidente en cas de chute et de l'évaluation postérieure à la chute et entretiens avec le personnel infirmier, le coordonnateur des soins cliniques et le ou la DSI. [000722]

AVIS ÉCRIT : SONDAGE SUR L'EXPÉRIENCE DES RÉSIDENTS ET DE LEUR FAMILLE / FOURNISSEUR DE SOINS

Problème de conformité n° 006 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

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

Sondage sur l'expérience des résidents et de leur famille/fournisseur de soins
Par. 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 qu'un sondage soit mené au moins une fois par an auprès des personnes résidentes, de leur famille et des fournisseurs de soins pour mesurer leur expérience à l'égard du foyer et des soins, des services, des programmes et des biens qui y sont fournis.

Justification et résumé

L'administrateur ou l'administratrice n'a pas été en mesure de fournir des documents attestant que les personnes résidentes, leurs familles et les fournisseurs de soins ont répondu à un sondage au cours de l'année 2022 afin de mesurer leur expérience et leur satisfaction à l'égard des soins, des services et des biens fournis par le foyer. L'examen d'un rapport organisé concernant le sondage d'Omni Quality Living sur l'expérience des personnes résidentes (Resident Experience Survey) a fourni des résultats pour les années 2021 et 2023.

L'administrateur ou l'administratrice a reconnu que le sondage de satisfaction des personnes résidentes et des familles / fournisseurs de soins n'a pas été réalisé

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

en 2022, selon une décision prise au niveau de l'organisation.

L'absence de sondage auprès des personnes résidentes, des familles et des fournisseurs de soins sur leur expérience au foyer a une incidence sur les mesures visant à améliorer les soins et les services.

Sources : entretien et correspondance avec l'administrateur ou l'administratrice et rapport du titulaire de permis sur le sondage sur l'expérience des personnes résidentes (Omni Quality Living Resident Experience Survey). [704759]

AVIS ÉCRIT : SONDAGE SUR L'EXPÉRIENCE DES RÉSIDENTS ET DE LEUR FAMILLE / FOURNISSEUR DE SOINS

Problème de conformité n° 007 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 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 veillé à demander conseil au conseil des familles pour ce qui est de réaliser le sondage sur l'expérience des personnes résidentes et de leur famille / fournisseur de soins.

Justification et résumé

Le foyer a mis en place un sondage sur l'expérience des personnes résidentes et de leur famille ou fournisseur de soins en 2023.

L'entretien avec une personne représentante du conseil des familles a révélé qu'il existait un conseil des familles dans le foyer de soins de longue durée. Cette personne a affirmé que le foyer n'avait pas demandé conseil au conseil des familles

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

pour réaliser le sondage sur l'expérience des personnes résidentes et de leur famille ou fournisseur de soins en 2023. L'entretien avec l'administrateur ou l'administratrice a révélé que le foyer n'avait pas demandé conseil au conseil des familles pour ce qui est de réaliser le sondage, mais qu'il le ferait à l'avenir.

Le fait de ne pas avoir demandé conseil au conseil des familles pour ce qui est de réaliser le sondage auprès des personnes résidentes, des familles et des fournisseurs de soins concernant leur expérience au foyer a une incidence sur les mesures visant à améliorer les soins et les services.

Sources : procès-verbal de la réunion du conseil des familles, rapport du titulaire de permis sur le sondage sur l'expérience des personnes résidentes (Omni Quality Living Resident Experience Survey) et entretiens avec une personne représentante du conseil des familles et l'administrateur ou l'administratrice. [704759]

AVIS ÉCRIT : FORMATION

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

Non-respect du : paragraphe 82 (4) de la LRSLD (2021)

Formation

Par. 82 (4) Le titulaire de permis veille à ce que les personnes qui ont reçu la formation visée au paragraphe (2) se recyclent dans les domaines visés à ce paragraphe aux moments ou aux intervalles que prévoient les règlements

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les personnes qui ont reçu la formation visée au paragraphe 82 (2) se recyclent dans les domaines visés à ce paragraphe aux moments ou aux intervalles que prévoient les règlements.

Justification et résumé

L'examen du dossier de formation annuelle sur l'étiquette respiratoire a révélé que quatre membres du personnel n'avaient pas suivi la formation annuelle requise sur l'étiquette respiratoire dans le système de formation en ligne du foyer. L'entretien avec l'administrateur ou l'administratrice a aussi révélé que les membres du

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

personnel étaient toujours employés par le foyer et a confirmé que les membres du personnel n'avaient pas suivi la formation annuelle sur l'étiquette respiratoire.

Un risque a été constaté du fait que le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que quatre membres du personnel se recyclent et reçoivent la formation annuelle sur l'étiquette respiratoire.

Sources : dossiers de formation du personnel et entretien avec l'administrateur ou l'administratrice. [704759]

2. Un membre du personnel de PSSP qui avait reçu une formation au titre du paragraphe 82 (2) ne s'est pas recyclé dans les domaines mentionnés dans ce paragraphe à un intervalle annuel comme le prévoient les règlements.

Justification et résumé

L'examen des dossiers de formation de la PSSP a révélé que cette dernière n'avait pas suivi le recyclage annuel requis sur la politique du foyer de soins de longue durée visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers des personnes résidentes, la protection des dénonciateurs et les procédures d'urgence et d'évacuation dans le système de formation en ligne du foyer.

Lors d'un entretien avec le ou la chef des services d'administration des soins infirmiers, cette personne a fait état de sa participation à la supervision du recyclage annuel des PSSP, qui comprenait des sujets sur la formation portant sur les mauvais traitements, y compris la protection des dénonciateurs et les procédures d'urgence. Le ou la chef des services d'administration des soins infirmiers a reconnu que la PSSP ne s'était pas recyclée dans ces domaines comme prévu à un intervalle annuel.

Un risque a été constaté du fait le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une PSSP se recycle chaque année comme prévu et qu'elle acquière les compétences et les connaissances nécessaires pour minimiser les risques de mauvais traitements et promouvoir la sécurité dans les situations d'urgence.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Sources : dossiers de formation et entretien avec le ou la chef des services d'administration des soins infirmiers et l'administrateur ou l'administratrice. [704759]

AVIS ÉCRIT : AFFICHAGE DES RENSEIGNEMENTS

Problème de conformité n° 009 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : l'alinéa 85 (3) (l) de la LRSLD (2021)

Affichage des renseignements

Paragraphe 85 (3) Les renseignements exigés pour l'application des paragraphes (1) et (2) sont les suivants :

(l) des copies des rapports d'inspection des deux dernières années à l'égard du foyer de soins de longue durée;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les renseignements exigés par la Loi soient affichés dans le foyer de soins de longue durée, en particulier les copies des rapports d'inspection des deux dernières années à l'égard du foyer de soins de longue durée.

Conformément au paragraphe 85 (1) de la LRSLD (2021), le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les renseignements exigés soient affichés dans un endroit bien en vue et facile d'accès du foyer et d'une façon conforme aux règlements.

Justification et résumé

Au cours d'une inspection proactive de la conformité (IPC), une visite initiale du foyer de soins de longue durée a été effectuée et les éléments suivants ont été observés :

-Le rapport d'inspection n° 2024_1069_0001, produit le 15 février 2024, n'a pas été affiché.

L'administrateur ou l'administratrice a confirmé que le titulaire de permis avait reçu le rapport d'inspection. L'administrateur ou l'administratrice a dit savoir que le

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

rapport d'inspection devait être affiché dans le foyer de soins de longue durée pour que les personnes résidentes, les familles, les visiteurs et le personnel puissent le consulter.

Le fait que les rapports d'inspection des deux dernières années n'aient pas été affichés dans le foyer entraîne des lacunes dans le partage des renseignements avec les résidents, les familles, les visiteurs et le personnel.

Sources : observations lors de la visite initiale du foyer et entretiens avec l'administrateur ou l'administratrice. [000722]

AVIS ÉCRIT : AFFICHAGE DES RENSEIGNEMENTS

Problème de conformité n° 010 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : l'alinéa 85 (3) m) de la LRSLD (2021)

Affichage des renseignements

Paragraphe 85 (3) Les renseignements exigés pour l'application des paragraphes (1) et (2) sont les suivants :

m) les ordres donnés par un inspecteur ou le directeur à l'égard du foyer de soins de longue durée qui sont en vigueur ou qui ont été donnés au cours des deux dernières années;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les renseignements exigés par la Loi soient affichés dans le foyer de soins de longue durée, en particulier les ordres donnés par un inspecteur ou une inspectrice ou le directeur ou la directrice à l'égard du foyer de soins de longue durée qui sont en vigueur ou qui ont été donnés au cours des deux dernières années.

Conformément au paragraphe 85 (1) de la LRSLD (2021), le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les renseignements exigés soient affichés dans un endroit bien en vue et facile d'accès du foyer et d'une façon conforme aux règlements.

Justification et résumé

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Au cours d'une inspection proactive de la conformité (IPC), une visite initiale du foyer de soins de longue durée a été effectuée et les éléments suivants ont été observés :

- Le rapport d'inspection n° 2024_1069_0001, produit le 15 février 2024, n'a pas été affiché dans le foyer pour que les personnes résidentes puissent le consulter. Ce rapport d'inspection comporte deux ordres de conformité qui étaient actuellement en vigueur.

L'administrateur ou l'administratrice a confirmé que le titulaire de permis a reçu le rapport d'inspection et que le rapport contient des ordres qui sont toujours en vigueur. L'administrateur ou l'administratrice a dit savoir que les rapports d'inspection et les ordres devaient être affichés dans le foyer.

L'absence d'affichage des rapports d'inspection et des ordonnances transmis au foyer de soins de longue durée au cours des deux dernières années entraîne des lacunes dans le partage des renseignements avec les personnes résidentes, les familles, les visiteurs et le personnel.

Sources : observations lors de la visite initiale du foyer et entretiens avec l'administrateur ou l'administratrice. [000722]

AVIS ÉCRIT : AFFICHAGE DES RENSEIGNEMENTS

Problème de conformité n° 011 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : l'alinéa 85 (3) (p) de la LRSLD (2021)

Affichage des renseignements

Paragraphe 85 (3) Les renseignements exigés pour l'application des paragraphes (1) et (2) sont les suivants :

(p) le plus récent procès-verbal des réunions du conseil des résidents, avec le consentement du conseil;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les renseignements exigés par 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-Est

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

soient affichés dans le foyer de soins de longue durée, en particulier les procès-verbaux des réunions du conseil des résidents.

Conformément au paragraphe 85 (1) de la LRSLD (2021), le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les renseignements exigés soient affichés dans un endroit bien en vue et facile d'accès du foyer et d'une façon conforme aux règlements.

Justification et résumé

Au cours d'une inspection proactive de la conformité (IPC), une visite initiale du foyer de soins de longue durée a été effectuée et les éléments suivants ont été observés :

- Aucun procès-verbal de réunion du conseil des résidents n'a été affiché dans le foyer pour que les personnes résidentes puissent le consulter.

L'administrateur ou l'administratrice a confirmé que le foyer de soins de longue durée dispose d'un conseil des résidents. L'administrateur ou l'administratrice a dit savoir que les procès-verbaux des réunions du conseil des résidents devaient être affichés dans le foyer.

Le fait que les procès-verbaux des réunions du conseil des résidents n'aient pas été affichés a entraîné des lacunes dans le partage de renseignements avec les personnes résidentes du foyer de soins de longue durée.

Sources : observations lors de la visite initiale du foyer le 10 avril 2024 et entretiens avec l'administrateur ou l'administratrice. [000722]

AVIS ÉCRIT : AFFICHAGE DES RENSEIGNEMENTS

Problème de conformité n° 012 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : LRSLD (2021), alinéa 85 (3) (q)

Affichage des renseignements

Paragraphe 85 (3) Les renseignements exigés pour l'application des paragraphes (1)

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

et (2) sont les suivants :

(q) le plus récent procès-verbal des réunions du conseil des familles, s'il y en a, avec le consentement du conseil;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les renseignements exigés par la Loi soient affichés dans le foyer de soins de longue durée, en particulier les procès-verbaux des réunions du conseil des familles.

Conformément au paragraphe 85 (1) de la LRSLD (2021), le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les renseignements exigés soient affichés dans un endroit bien en vue et facile d'accès du foyer et d'une façon conforme aux règlements.

Justification et résumé

Au cours d'une inspection proactive de la conformité (IPC), une visite initiale du foyer de soins de longue durée a été effectuée et les éléments suivants ont été observés :

-Aucun procès-verbal de réunion du conseil des familles n'a été affiché dans le foyer pour que les personnes résidentes et leurs familles puissent le consulter.

L'administrateur ou l'administratrice a confirmé que le foyer de soins de longue durée dispose d'un conseil des familles. L'administrateur ou l'administratrice a dit savoir que les procès-verbaux des réunions du conseil des familles devaient être affichés dans le foyer aux fins de consultation.

Le fait que les procès-verbaux des réunions du conseil des familles n'aient pas été affichés a entraîné des lacunes dans le partage de renseignements avec les personnes résidentes du foyer de soins de longue durée, leur famille et les visiteurs.

Sources : observations lors de la visite initiale du foyer et entretiens avec l'administrateur ou l'administratrice. [000722]

AVIS ÉCRIT : RIDEAUX DE SÉPARATION

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Problème de conformité n° 013 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la
LRSLD (2021)

Non-respect de : l'article 16 du Règl. de l'Ont. 246/22

Rideaux de séparation

Art. 16. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que
chaque chambre occupée par plus d'un résident soit dotée d'un nombre suffisant
de rideaux de séparation pour assurer l'intimité de chaque résident.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que chaque chambre occupée par plus
d'une personne résidente soit dotée d'un nombre suffisant de rideaux de séparation
pour assurer l'intimité.

Justification et résumé

Au cours d'une inspection proactive de la conformité (IPC), une visite initiale du foyer
de soins de longue durée a été effectuée et les éléments suivants ont été observés :

- la chambre d'une personne résidente : il s'agit d'une chambre de personne
résidente partagée. Aucun rideau de séparation n'a été observé pour un lit dans
cette chambre; il s'agit de l'espace environnement-lit où réside une personne
résidente.

- la chambre d'une personne résidente : il s'agit d'une chambre de personne
résidente partagée. Les rideaux de séparation vus pour un lit ne fermaient pas
l'ensemble de l'espace environnement-lit d'une personne résidente; un espace a
été observé entre les rideaux de séparation qui doivent entourer le lit de la
personne résidente.

L'administrateur ou l'administratrice a confirmé que les chambres partagées doivent
être dotées de rideaux de séparation afin de préserver l'intimité de chaque
personne résidente; l'administrateur ou l'administratrice a confirmé que la chambre
en question était une chambre partagée. L'administrateur ou l'administratrice a
confirmé qu'il n'y avait pas de rideaux de séparation dans la chambre d'une
personne résidente, mais a dit ne pas être au courant des rideaux de séparation
installés dans la chambre d'une personne résidente qui ne permettaient pas à cette
dernière de jouir pleinement de son intimité.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Le fait de ne pas veiller à ce que toutes les chambres partagées soient dotées de rideaux de séparation entraîne des lacunes dans les soins et les services aux personnes résidentes et viole la Déclaration des droits des résidents, en particulier en ce qui concerne l'intimité et la dignité des personnes résidentes.

Sources : observations lors de la visite initiale du foyer de soins de longue durée et entretiens avec une PSSP, un ou une IAA, le ou la gestionnaire des services environnementaux et l'administrateur ou l'administratrice. [000722]

AVIS ÉCRIT : FENÊTRES

Problème de conformité n° 014 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'article 19 du Règl. de l'Ont. 246/22

Fenêtres

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que chaque fenêtre du foyer qui ouvre sur l'extérieur et à laquelle ont accès les personnes résidentes soit dotée d'une moustiquaire.

Justification et résumé

Au cours d'une inspection proactive de la conformité (IPC), une visite initiale a été effectuée et les éléments suivants ont été observés :

- trois fenêtres, dans une salle à manger, n'étaient pas dotées de moustiquaire. Les moustiquaires de ces fenêtres étaient plutôt adossées à un mur de la salle à manger.

Le ou la gestionnaire des services environnementaux a confirmé que les fenêtres étaient accessibles aux personnes résidentes, mais a précisé qu'elles devaient être dotées de moustiquaires.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Le fait de ne pas veiller à ce que les fenêtres qui ouvrent sur l'extérieur et auxquelles ont accès les personnes résidentes soient dotées d'une moustiquaire présente un risque de préjudice pour les personnes résidentes, notamment en raison des insectes ou de la possibilité de s'en aller.

Sources : observations et entretien avec la ou le gestionnaire des services environnementaux. [000722]

AVIS ÉCRIT : SYSTÈME DE COMMUNICATION ET D'INTERVENTION

Problème de conformité n° 015 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 20 (a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Système de communication bilatérale

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

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

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel soit aisément visible et accessible par les personnes résidentes.

Justification et résumé

Une inspection proactive de la conformité a été effectuée.

Au cours de la visite initiale du foyer de soins de longue durée, les éléments suivants ont été observés :

- Chambre de personne résidente n° 51, plus précisément les toilettes – le système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel, également connu sous le nom de sonnette d'appel, n'avait pas de cordon pour

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

permettre à la personne résidente d'y accéder.

- Salle de bain – le système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel de la salle n'était pas doté d'un cordon permettant aux personnes résidentes ou au personnel de l'utiliser.

Le ou la gestionnaire des services environnementaux a affirmé que toutes les chambres des personnes résidentes, les toilettes des personnes résidentes et les aires communes des personnes résidentes, comme la salle de bain, doivent être dotées de sonnettes d'appel avec des cordons pour permettre aux personnes résidentes de demander l'aide du personnel.

Le fait de ne pas s'assurer que le système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel est accessible retarde l'aide à fournir aux personnes résidentes et pose un risque pour la sécurité tant des personnes résidentes et que celle du personnel.

À la suite d'une discussion avec le ou la gestionnaire des services environnementaux, ce domaine de non-conformité a été immédiatement corrigé.

Sources : observation lors de la visite initiale du foyer de soins de longue durée et entretien avec le ou la gestionnaire des services environnementaux. [000722]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel soit accessible par les personnes résidentes et toujours utilisable par le personnel.

Justification et résumé

Une inspection proactive de la conformité a été effectuée.

Un téléavertisseur étiqueté comme « Team 4B » a été remarqué sur un comptoir dans la salle de conférence du foyer de soins de longue durée. L'alarme du téléavertisseur a été entendue par intermittence entre 15 h et 16 h le 12 avril 2024. Les téléavertisseurs font partie du système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

L'infirmier auxiliaire autorisé ou l'infirmière auxiliaire autorisée (IAA) n° 105 et le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) ont confirmé que les téléavertisseurs font partie du système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel du titulaire de permis. L'IAA a expliqué que l'alarme d'un téléavertisseur indiquait que des personnes résidentes, des membres de famille ou des membres du personnel avaient besoin d'aide. L'IAA a ajouté que le personnel infirmier doit s'assurer d'avoir un téléavertisseur dès le début de son quart de travail et d'avoir toujours ce téléavertisseur en sa possession. L'IAA a précisé que l'équipe du personnel était complète au foyer de soins de longue durée et que tous les téléavertisseurs auraient dû être attribués au moment où le personnel a commencé son quart de travail.

Le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) a confirmé que le personnel doit toujours avoir un téléavertisseur en sa possession lorsqu'il est de service.

Le fait que le titulaire de permis n'ait pas veillé à ce que le système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel soit utilisable par l'ensemble du personnel a retardé l'accessibilité des personnes résidentes à l'assistance à obtenir ou à recevoir.

L'IAA a immédiatement corrigé ce point de non-conformité.

Sources : observations faites le 12 avril 2024; entretiens avec l'IAA n° 105 et le ou la DSI. [000722]

**AVIS ÉCRIT : PROGRAMME DE SOINS PROVISOIRE ÉLABORÉ
DANS LES 24 HEURES D'UNE ADMISSION**

Problème de conformité n° 016 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect du : paragraphe 27 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programme de soins provisoire élaboré dans les 24 heures d'une admission
Paragraphe 27 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soit élaboré un programme de soins provisoire dans les 24 heures de l'admission de chaque résident et à ce qu'il soit communiqué au personnel chargé

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

des soins directs dans le même délai. Paragraphe 27 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soit élaboré un programme de soins provisoire dans les 24 heures de l'admission de chaque personne résidente et à ce qu'il soit communiqué au personnel chargé des soins directs dans le même délai.

Justification et résumé

Une inspection proactive de la conformité (IPC) a été effectuée. Dans le cadre de l'IPC, les programmes requis en vertu de l'article 53 du Règlement de l'Ontario 246/22 ont été examinés afin de déterminer s'ils étaient conformes à la législation. Plus précisément, le programme de soins de la peau et des plaies du titulaire de permis a été examiné.

Une personne résidente a été identifiée, par le personnel autorisé, comme étant soignée et surveillée pour une altération de l'intégrité épidermique.

Le dossier médical clinique de la personne résidente a été examiné. Selon les documents consultés, la personne résidente a été admise au foyer de soins de longue durée à une date précise. Ces documents n'ont pas démontré qu'un programme de soins provisoire avait été élaboré dans les 24 heures de l'admission, comme il est exigé.

Le coordonnateur ou la coordonnatrice de la méthode d'évaluation RAI (Resident Assessment Instrument) agissant comme coordonnateur ou coordonnatrice des soins cliniques (CSC) a dit que le foyer de soins de longue durée n'élaborait pas de programme de soins provisoire dans les 24 heures de l'admission dans son logiciel électronique. Le ou la CSC de la méthode RAI a expliqué que l'évaluation initiale est réalisée une fois que les évaluations de l'ensemble des données minimales ont été effectuées, ce qui peut prendre jusqu'à plusieurs jours après l'admission d'une personne résidente.

Le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) a confirmé que le programme de soins provisoire de la personne résidente n'avait pas été élaboré dans les 24 heures suivant l'admission.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

L'absence d'élaboration et de mise en œuvre d'un programme de soins provisoire dans les 24 heures de l'admission d'une personne résidente entraîne des lacunes dans la prestation de soins et de services personnalisés auprès d'une personne résidente et présente un risque de préjudice pour la personne résidente lorsque le personnel ne connaît pas les besoins évalués de la personne résidente.

Sources : examen du dossier médical clinique de la personne résidente; entretiens avec le ou la CSC de la méthode RAI et le ou la DSI. [000722]

AVIS ÉCRIT : PROGRAMME DE SOINS PROVISOIRE ÉLABORÉ DANS LES 24 HEURES D'UNE ADMISSION

Problème de conformité n° 017 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : l'alinéa 27 (2) 1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programme de soins provisoire élaboré dans les 24 heures d'une admission

Paragraphe 27 (2) Le programme de soins provisoire doit identifier le résident et doit comprendre au minimum les renseignements suivants à son sujet :

1. Les risques qu'il peut courir, notamment les risques de chute, ainsi que les interventions nécessaires pour les atténuer.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins provisoire d'une personne résidente élaboré dans les 24 heures de son admission comprenne le risque d'incidents particuliers pour la personne résidente et les mesures d'intervention nécessaires pour les atténuer.

Justification et résumé

Une inspection proactive de la conformité (IPC) a été effectuée. Dans le cadre de l'IPC, le programme de prévention des chutes du titulaire de permis a été examiné.

Une personne résidente a été admise au foyer de soins de longue durée à une date précise. Le dossier médical clinique de la personne résidente a été examiné. Selon la documentation examinée, la personne résidente avait été identifiée comme étant

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

à risque de connaître des incidents particuliers avant son admission. La documentation ne précisait pas dans le programme de soins provisoire dans les 24 heures de l'admission les risques que la personne résidente pouvait courir ou les mesures d'intervention qui permettraient d'atténuer les risques associés aux incidents particuliers.

Le ou la DSI a confirmé que les risques d'incidents particuliers et les mesures d'intervention visant à atténuer ces risques n'avaient pas été précisés dans le programme de soins provisoire dans les 24 heures de l'admission de la personne résidente.

Risques non précisés pour la personne exposée et absence de mesures d'intervention associées pour atténuer ces risques.

Sources : examen du dossier médical clinique de la personne résidente et entretien avec le ou la DSI. [000722]

AVIS ÉCRIT : TECHNIQUES DE TRANSFERT ET DE CHANGEMENT DE POSITION

Problème de conformité n° 018 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'article 40 du Règl. de l'Ont. 246/22

Techniques de transfert et de changement de position

Art. 40 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les membres du personnel utilisent des appareils ou des techniques de transfert et de changement de position sécuritaires lorsqu'ils aident les résidents.

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les membres du personnel utilisent des techniques de changement de position sécuritaires lorsqu'ils aident une personne résidente, comme précisé dans le programme.

Justification et résumé

L'examen des dossiers médicaux a révélé que la personne résidente devait recevoir de l'aide de deux personnes pour répondre à ses besoins de mobilité au lit.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

L'examen des documents relatifs aux soins a montré que la personne résidente recevait de l'aide d'une personne ou deux en ce sens. L'entretien avec une PSSP a révélé que la personne résidente recevait occasionnellement l'aide d'une personne ou deux pour répondre à ses besoins de mobilité au lit.

Il est apparu, pendant l'entretien avec le ou la DSI, que la personne résidente devrait recevoir de l'aide de la part de deux personnes pour assurer sa mobilité au lit, comme il est précisé dans le programme.

Il y avait un risque que la mauvaise technique soit utilisée lorsque les soins de mobilité au lit prévus dans le programme de soins n'étaient pas fournis à la personne résidente comme précisé.

Sources : dossier médical clinique, entretiens avec une PSSP et le ou la DSI.
[704759]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les membres du personnel utilisent des techniques de changement de position sécuritaires lorsqu'ils aident une personne résidente, comme précisé dans le programme.

Justification et résumé

L'examen des dossiers médicaux a révélé que la personne résidente devait recevoir de l'aide de deux personnes pour répondre à ses besoins de mobilité au lit, y compris pour se tourner et changer de position au lit. L'examen des documents relatifs aux soins a montré que la personne résidente recevait de l'aide d'une personne ou deux. L'entretien avec une PSSP a révélé que la personne résidente a besoin de l'aide de deux personnes pour assurer sa mobilité au lit, mais qu'elle pouvait être tournée dans le lit avec l'aide d'une seule personne.

Il est apparu, pendant l'entretien avec le ou la DSI, que la personne résidente devrait recevoir une aide complète de deux personnes pour assurer sa mobilité au lit, comme il est précisé dans le programme.

Il y avait un risque que la mauvaise technique soit utilisée lorsque les soins de

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

mobilité au lit prévus dans le programme de soins n'étaient pas fournis à la personne résidente comme précisé.

Sources : dossiers médicaux cliniques de la personne résidente, entretiens avec une PSSP et le ou la DSI. [704759]

AVIS ÉCRIT : PROGRAMMES OBLIGATOIRES

Problème de conformité n° 019 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 53 (1) 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 :

1. Un programme de prévention et de gestion des chutes visant à diminuer le nombre de chutes et les risques de blessure.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que son programme de prévention et de gestion des chutes soit suivi.

Justification et résumé

Une inspection proactive de la conformité (IPC) a été effectuée. Dans le cadre de l'IPC, le programme de prévention et de gestion des chutes du titulaire de permis a été examiné.

La politique du titulaire de permis portant sur l'évaluation de la personne résidente en cas de chute et de l'évaluation postérieure à la chute (Resident Falls and Post Fall Assessment) a comme objectif d'assurer la prestation des soins en fonction des besoins d'une personne résidente qui a fait une chute. La politique stipule que si personne n'a été témoin de la chute d'une personne résidente, le personnel infirmier autorisé doit procéder à des évaluations particulières. La politique prévoit que les évaluations spécifiées se poursuivront pendant une certaine période après

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

la chute, aux intervalles requis sur un formulaire d'évaluation particulier. La politique prévoit également que, si une deuxième chute se produit dans la période qui suit la première chute, la période prévue est remise à zéro et une deuxième série d'évaluations est lancée. Les renseignements sur la chute seront consignés dans le logiciel des soins cliniques. La politique indique par ailleurs que le programme de soins doit être mis à jour pour refléter et inclure les mesures d'intervention nouvelles ou modifiées liées au risque de chute et à la prévention des chutes. La politique indique également qu'il incombe au personnel infirmier autorisé de veiller à ce que toutes les étapes des procédures de la politique soient suivies, tout comme le ou la DSI ou son représentant doit veiller à ce que les mesures d'intervention ou les approches nouvelles ou modifiées soient reflétées dans le programme de soins et communiquées à l'ensemble du personnel soignant.

Il y a eu entretiens avec le personnel infirmier autorisé et le coordonnateur ou la coordonnatrice des soins cliniques au sujet du programme de prévention et de gestion des chutes du titulaire de permis; les renseignements obtenus lors des entretiens ne correspondaient pas aux directives trouvées dans la politique du titulaire.

Le dossier médical clinique d'une personne résidente a été examiné. Selon la documentation consultée, la personne résidente présente un risque de chute et a fait un certain nombre de chutes au cours d'une période donnée.

Toujours selon cette documentation, la personne résidente a été évaluée et les évaluations particulières ont eu lieu pendant un certain temps après chaque chute. La documentation ne fait pas toutefois état de la poursuite de l'évaluation et du suivi, y compris des évaluations particulières, pendant la période requise après toute chute. Après une deuxième chute dans la période suivant la première, la documentation ne précisait toujours pas que la personne résidente avait fait l'objet d'une deuxième série d'évaluations particulières pour la période suivant la deuxième chute.

La documentation n'a pas démontré que le programme de soins écrit pour la personne résidente comprenait des mesures d'intervention ou approches nouvelles ou modifiées à la suite des chutes de la personne résidente, comme le stipule la

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

politique du titulaire de permis.

Un ou une IAA et le ou la DSI ont confirmé que le programme de soins écrit n'incluait pas de mesures d'intervention ou d'approches « nouvelles ou modifiées » à la suite des chutes de la personne résidente. Le ou la DSI a confirmé que la politique du titulaire de permis n'était pas suivie.

Le non-respect du programme de prévention et de gestion des chutes du titulaire de permis entraîne des lacunes dans les soins et les services offerts aux personnes résidentes, nuit à la responsabilisation du personnel infirmier autorisé et, surtout, expose les personnes résidentes à un risque de préjudice.

Sources : examen de la politique du titulaire de permis portant sur l'évaluation de la personne résidente en cas de chute et de l'évaluation postérieure à la chute (Resident Falls and Post Fall Assessment) et entretiens avec le personnel infirmier autorisé, le coordonnateur ou la coordonnatrice des soins cliniques et le ou la DSI. [000722]

AVIS ÉCRIT : PROGRAMMES OBLIGATOIRES

Problème de conformité n° 020 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 53 (1) 2) 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.

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente soit évaluée à l'admission, à l'aide d'un outil d'évaluation particulier, conformément aux directives du programme de soins de la peau et des plaies du titulaire de permis.

Justification et résumé

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Une inspection proactive de la conformité a été effectuée. Dans le cadre de cette inspection, le programme de soins de la peau et des plaies du titulaire de permis a été examiné.

Une personne résidente a été identifiée, par le personnel autorisé, comme étant soignée et surveillée par le personnel infirmier autorisé ainsi que par le médecin traitant ou la médecin traitante pour une altération de l'intégrité épidermique.

Selon la politique du titulaire de permis portant sur l'évaluation de la peau (Skin Assessment), l'objectif est d'assurer une évaluation régulière de la peau de toutes les personnes résidentes afin de déceler les problèmes potentiels et d'offrir la possibilité d'une mesure d'intervention et d'un traitement. La politique prévoit qu'une évaluation particulière, notamment de la peau, doit être effectuée à des moments précis, notamment dans les 24 heures suivant l'admission. La politique nomme un outil d'évaluation particulier utilisé pour documenter l'évaluation de la peau. La politique indique qu'il revient à l'équipe interdisciplinaire de s'assurer que cette politique est respectée en fonction de leur champ de pratique; il revient par ailleurs au ou à la DSI de contrôler la conformité et à l'administrateur ou à l'administratrice de voir à la conformité.

Le dossier médical clinique de la personne résidente et la politique portant sur l'évaluation de la peau (Skin Assessment) du titulaire de permis ont été examinés. Ces documents indiquent que la personne résidente a été admise au foyer de soins de longue durée à une date précise. Les documents ne précisent pas toutefois que l'outil d'évaluation indiqué avait été rempli dans les 24 heures suivant l'admission au foyer de soins de longue durée.

Le ou la DSI a confirmé que l'outil d'évaluation indiqué n'avait pas été rempli lors de l'admission de la personne résidente, conformément à la politique du titulaire de permis en matière de soins de la peau et des plaies.

Le fait que l'outil d'évaluation des soins de la peau et des plaies ainsi que la documentation inhérente n'aient pas été utilisés conformément à la politique du titulaire de permis entraîne des lacunes dans les soins et les services liés au

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

programme de soins de la peau et des plaies, en plus de présenter un risque de préjudice pour la personne résidente.

Sources : examen du dossier médical clinique de la personne résidente et de la politique du titulaire de permis portant sur l'évaluation de la peau (Skin Assessment) et entretiens avec le personnel autorisé et le ou la DSI. [000722]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel infirmier autorisé remplisse un outil d'évaluation particulier, qu'il voie à l'aiguillage vers les membres de l'équipe interdisciplinaire et qu'un programme de soins soit mis en place pour une personne résidente, conformément au programme de soins de la peau et des plaies du titulaire de permis.

Justification et résumé

Une inspection proactive de la conformité a été effectuée. Dans le cadre de cette inspection, le programme de soins de la peau et des plaies du titulaire de permis a été examiné.

Une personne résidente a été identifiée, par le personnel autorisé, comme étant soignée et surveillée par le personnel infirmier autorisé ainsi que par le médecin traitant ou la médecin traitante pour une altération de l'intégrité épidermique.

La politique du titulaire de permis sur la gestion des soins de la peau et des lésions de pression (Skin Care and Pressure Related Management) » () stipule que chaque personne résidente doit faire l'objet d'une évaluation de la peau et d'un programme de traitement pour maintenir l'intégrité épidermique et traiter les plaies si nécessaire. L'objectif des soins de la peau et de la gestion des plaies comprend la détermination des risques, la mise en place de mesures d'intervention appropriées et le suivi ainsi que l'évaluation des résultats. La politique stipule également que le personnel infirmier autorisé doit remplir un outil d'évaluation particulier dans les vingt-quatre heures suivant l'admission, établir un programme de soins pour réduire les risques et faire l'aiguillage pertinent vers l'équipe interdisciplinaire.

Le dossier médical clinique de la personne résidente et la politique du titulaire de

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

permis concernant la gestion des soins de la peau et des lésions de pression ont été examinés. Selon les documents consultés, la personne résidente a été admise au foyer de soins de longue durée à une date précise. La documentation ne mentionne pas l'outil d'évaluation indiqué ou l'aiguillage effectué vers l'équipe interdisciplinaire dans les vingt-quatre heures suivant l'admission; rien ne prouve que le programme de soins de la personne résidente a été établi en fonction des risques associés aux problèmes de peau et de plaies, bien que la personne résidente ait été identifiée comme présentant une altération de l'intégrité épidermique.

Le ou la DSI a confirmé que l'outil d'évaluation indiqué n'avait pas été rempli, que l'aiguillage vers l'équipe interdisciplinaire n'avait pas été fait et que le programme de soins, en particulier en ce qui concerne le risque pour la peau et les plaies, n'avait pas été établi lors de l'admission, comme l'exige la politique du titulaire de permis.

Le fait que l'outil d'évaluation des soins de la peau et des plaies ainsi que la documentation inhérente n'aient pas été utilisés conformément à la politique du titulaire de permis entraîne des lacunes dans les soins et les services liés au programme de soins de la peau et des plaies, en plus de présenter un risque de préjudice pour la personne résidente.

Sources : examen du dossier médical clinique de la personne résidente et de la politique du titulaire de permis sur la gestion des soins de la peau et des lésions de pression (Skin Care and Pressure Injury Management) et entretiens avec le personnel autorisé et le ou la DSI. [000722]

3. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'altération de l'intégrité épidermique d'une personne résidente soit documentée et à ce qu'un programme de traitement soit évalué par un infirmier autorisé ou une infirmière autorisée (IA) ou la personne déléguée au moins une fois par semaine, conformément au programme de soins de la peau et des plaies du titulaire de permis.

Justification et résumé

Une inspection proactive de la conformité a été effectuée. Dans le cadre de cette inspection, le programme de soins de la peau et des plaies du titulaire de permis a

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

été examiné.

Une personne résidente a été identifiée, par le personnel autorisé, comme étant soignée et surveillée par le personnel infirmier autorisé ainsi que par le médecin traitant ou la médecin traitante pour une altération précise de l'intégrité épidermique.

La politique du titulaire de permis sur l'évaluation et la documentation des plaies (Wound Assessment and Documentation) stipule qu'à l'admission et à tous les trimestres par la suite, une évaluation particulière doit être effectuée en combinaison avec une évaluation de la peau. La politique stipule aussi qu'une plaie constatée entre les périodes d'évaluation doit être documentée dans la section des soins des plaies du logiciel de soins cliniques par l'IA ou la personne déléguée. Le traitement d'une plaie doit être consigné dans le dossier numérique d'administration des traitements. La politique prévoit en outre que le programme de traitement de chaque plaie sera évalué par un ou une IA ou la personne déléguée au moins une fois par semaine dans la section du logiciel de soins cliniques consacrée au soin des plaies.

Le dossier médical clinique de la personne résidente et la politique du titulaire de permis sur l'évaluation et la documentation des plaies (Wound Assessment and Documentation) ont été examinés. Rien n'indique dans la documentation que l'altération de l'intégrité épidermique de la personne résidente a fait l'objet d'un programme de traitement évalué au moins une fois par semaine et rien n'y démontre que l'altération de l'intégrité épidermique a été documentée dans la section du logiciel utilisé par le titulaire de permis consacrée au soin des plaies.

Un infirmier auxiliaire autorisé ou une infirmière auxiliaire autorisée (IAA) et le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) ont confirmé que l'altération de l'intégrité épidermique de la personne résidente n'avait pas été documentée au moins une fois par semaine dans la section des soins des plaies du logiciel utilisé au sein du foyer de soins de longue durée. Le ou la DSI a confirmé que la politique du titulaire de permis sur l'évaluation et la documentation des plaies (Wound Assessment and Documentation) n'avait pas été suivie conformément aux directives du titulaire de permis.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Le fait que les évaluations des soins de la peau et des plaies n'aient pas été documentées conformément à la politique du titulaire de permis entraîne des lacunes dans les soins et les services liés au programme de soins de la peau et des plaies, en plus de présenter un risque de préjudice pour la personne résidente.

Sources : examen du dossier médical clinique de la personne résidente et de la politique du titulaire de permis sur l'évaluation et la documentation des plaies (Wound Assessment and Documentation) et entretiens avec le personnel autorisé et le ou la DSI. [000722]

AVIS ÉCRIT : PROGRAMMES OBLIGATOIRES

Problème de conformité n° 021 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 53 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programmes requis

Paragraphe 53 (2) En plus de devoir satisfaire aux exigences énoncées à l'article 34, chaque programme doit :

(b) prévoir des outils d'évaluation et de réévaluation. Paragraphe 53 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme interdisciplinaire de gestion de la douleur soit élaboré et mis en œuvre dans le foyer et à ce qu'il prévoie des outils d'évaluation.

Justification et résumé

Une inspection proactive de la conformité a été effectuée. Dans le cadre de l'inspection, le programme de gestion de la douleur du titulaire de permis a été examiné.

Le programme de gestion de la douleur du titulaire de permis, plus précisément la politique sur l'évaluation de la douleur (Pain Assessment), stipule que les personnes résidentes doivent faire l'objet d'une évaluation de la douleur au moment de

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

l'admission, tous les trimestres, en cas de changement important dans l'état de la personne résidente spécifique ainsi qu'au besoin. La politique prévoit que le personnel infirmier autorisé confirme le niveau cognitif de la personne résidente en examinant l'échelle de performance cognitive (CPS) afin de déterminer l'outil d'évaluation de la douleur le plus approprié. La politique prévoit aussi que les personnes résidentes ayant un score CPS de 2 ou moins doivent être évaluées à l'aide de l'outil d'évaluation de la douleur qui se trouve dans le logiciel de soins cliniques et auquel il est possible d'accéder. De même, les personnes résidentes ayant un score CPS de 3 ou plus doivent être évaluées à l'aide de l'outil d'évaluation de la douleur dans les cas de démence avancée qui se trouve dans le logiciel de soins cliniques et auquel il est possible d'accéder.

La politique du titulaire de permis sur l'évaluation de la douleur (Pain Assessment) ne précise pas le nom de l'outil d'évaluation que le personnel doit utiliser pour évaluer la douleur chez les personnes résidentes obtenant un score CPS égal ou inférieur à 2, en particulier chez les personnes résidentes aux facultés cognitives bonnes ou intactes. Le logiciel de soins cliniques utilisé par le titulaire de permis ne contenait qu'un seul outil d'évaluation de la douleur mis à la disposition du personnel infirmier autorisé pour l'évaluation de la douleur des personnes résidentes. L'outil d'évaluation de la douleur disponible a été reconnu comme celui servant à l'évaluation de la douleur dans les cas de démence avancée.

Selon la trousse d'auto-apprentissage pour le personnel infirmier en soins de longue durée liée à la ligne directrice en matière de pratiques exemplaires de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) sur l'évaluation et la gestion de la douleur chez les personnes âgées (Assessment and Management of Pain in the Elderly) « l'autodéclaration est l'étalon-or et la principale source d'évaluation pour la personne résidente verbale et cognitivement intacte » [traduction]. L'autodéclaration étant l'indicateur le plus fiable de la douleur, il convient de tout mettre en œuvre pour parler avec les personnes résidentes, les familles et les fournisseurs de soins de leur douleur, de leur malaise ou de leur inconfort. Des recherches récentes ont montré que même les personnes souffrant de troubles cognitifs importants peuvent être capables d'utiliser une échelle d'évaluation de la douleur (Ferrelle, River, 1995). Les résultats de cette étude suggèrent que l'autodéclaration et l'utilisation d'une échelle d'évaluation 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-Est

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

douleur sont plus efficaces si l'on laisse suffisamment de temps à la personne résidente d'assimiler l'information et d'y répondre.

Un ou une IAA, un ou une IA et le ou la DSI ont affirmé que le foyer de soins de longue durée utilisait actuellement un outil d'évaluation de la douleur, nommé comme l'évaluation de la douleur dans les cas de démence avancée. L'IAA, l'IA et le ou la DSI ont dit que l'évaluation de la douleur dans les cas de démence avancée était le seul outil d'évaluation de la douleur utilisé par le foyer de soins de longue durée depuis le 1^{er} février 2024.

Le fait que le titulaire de permis n'ait pas veillé à ce que son programme de gestion de la douleur comprenne un outil d'évaluation de la douleur auprès des personnes résidentes évaluées comme étant cognitivement intactes fait courir le risque aux personnes résidentes de ne pas pouvoir exprimer leurs besoins reflétant véritablement la douleur perçue.

Sources : examen de la politique du titulaire de permis sur l'évaluation de la douleur (Pain Assessment) ainsi que de la trousse d'auto-apprentissage pour le personnel infirmier en soins de longue durée liée à la ligne directrice en matière de pratiques exemplaires de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) sur l'évaluation et la gestion de la douleur chez les personnes âgées (Assessment and Management of Pain in the Elderly), datée de mai 2007, et des entretiens avec le personnel autorisé et le ou la DSI. [000722]

AVIS ÉCRIT : PRÉPARATION ALIMENTAIRE

Problème de conformité n° 022 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021).

Non-respect de : l'alinéa 78 (2) c) du Règl. de l'Ont. 246/22

Préparation alimentaire

Paragraphe 78 (2) Le système de préparation alimentaire doit prévoir au minimum ce qui suit : c) des recettes standardisées et des feuilles de préparation pour tous les menus;

Le système de préparation alimentaire doit prévoir au minimum des recettes standardisées pour tous les menus.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Justification et résumé

Une inspection proactive de la conformité (IPC) a été effectuée.

Le service de repas, une composante de l'IPC, a été observé dans une salle à manger. Le régime alimentaire de trois personnes résidentes et les modifications de texture requises pour ces dernières ont été examinés et confirmés par deux PSSP, un ou une Dt.P. et le ou la gestionnaire des soins alimentaires. Un ou une aide en diététique (AD) a été vu(e) en train de portionner les plats du menu tandis qu'une PSSP livrait les plats aux personnes résidentes. Les faits suivants ont été observés pendant le service de repas :

- Une personne résidente s'est vu servir du cantaloup frais coupé en dés avec des fraises en purée. La personne résidente avait été évaluée comme ayant besoin d'un régime à texture hachée.
- Une personne résidente s'est vu servir une purée de pommes de terre grumeleuse. La personne résidente a été évaluée comme ayant besoin d'un régime à base de purée lisse.
- Une personne résidente s'est vu servir des croquettes de morue « ordinaires », que le personnel a coupées en morceaux de la taille d'une bouchée. La personne résidente avait été évaluée comme ayant besoin d'un régime à texture hachée.

L'AD a indiqué de ne pas savoir exactement comment la modification de la texture des plats au menu avait été déterminée ou réalisée. L'AD a ajouté qu'il était acceptable que le personnel coupe les croquettes de morue pour les personnes suivant un régime d'aliments émincés, mais doutait que le cantaloup coupé en dés soit acceptable dans le cas d'un régime à base d'aliments hachés. L'AD a confirmé que la purée de pommes de terre ne devait pas être « grumeleuse » lorsqu'elle est servie aux personnes suivant un régime à base de purée lisse.

Le diététiste professionnel ou la diététiste professionnelle (Dt.P.) et le ou la gestionnaire des soins alimentaires ont affirmé que le personnel des services de diététique était censé suivre les recettes pour tous les plats du menu, ce qui inclut la modification de la texture de chaque plat.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Les recettes à préparer pour le repas de midi ont été demandées et examinées. Les recettes indiquaient que les aliments devaient être hachés ou réduits en purée « à la consistance souhaitée ». Les recettes ne fournissaient pas de description de ce que l'on entend par « consistance souhaitée » dans le cas d'aliments hachés ou réduits en purée.

Selon le document de travail du Groupe d'action en soins de longue durée de l'Ontario (2019) sur les pratiques exemplaires en nutrition, service alimentaire et restauration par l'organisme Les diététistes du Canada (Best Practices for Nutrition, Service and Dining in Long Term Care Homes, A Working Paper of the Ontario LTC Action Group 2019), des recettes standardisées sont à utiliser pour préparer tous les aliments et boissons, quelle que soit leur texture ou leur consistance, et qu'elles doivent inclure la méthode ou la marche à suivre pour combiner des ingrédients. Une recette standardisée, lorsqu'elle est suivie, permet d'assurer la consistance souhaitable et sécuritaire.

Le ou la Dt.P. a confirmé que les recettes ne contenaient aucune instruction à l'intention du personnel des services de diététique concernant la modification de la texture des plats proposés au menu.

Le fait que le titulaire de permis n'ait pas veillé à ce que des recettes standardisées soient utilisées au sein de l'équipe des services de diététique entraîne un risque d'incohérence dans la préparation et la production des plats à la texture modifiée du menu, notamment en ce qui concerne la densité du produit final, ce qui présente un risque pour les personnes résidentes, en particulier un risque d'étouffement ou d'aspiration.

Sources : observations, examen des recettes des plats du menu, document de travail du Groupe d'action en soins de longue durée de l'Ontario (2019) sur les pratiques exemplaires en nutrition, service alimentaire et restauration par l'organisme Les diététistes du Canada (Best Practices for Nutrition, Service and Dining in Long Term Care Homes, A Working Paper of the Ontario LTC Action Group 2019) et entretiens avec le personnel, un ou une Dt.P. et le ou la gestionnaire des soins alimentaires. [000722]

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

AVIS ÉCRIT : SERVICE DE RESTAURATION ET DE COLLATION

Problème de conformité n° 023 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : l'alinéa 79 (1) 1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Service de restauration et de collation

Paragraphe 79 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer offre un service de restauration et de collation qui comprend au minimum les éléments suivants :

1. La communication des menus hebdomadaires et quotidiens aux résidents.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à communiquer le menu de sept jours aux personnes résidentes.

Justification et résumé

Une inspection proactive de la conformité (IPC) a été effectuée. Dans le cadre de l'IPC, une visite initiale du foyer a été effectuée et le service de restauration a été observé; cependant, le menu de sept jours n'a pas été vu dans le foyer de soins de longue durée.

Le ou la gestionnaire des soins alimentaires a expliqué qu'il n'était pas dans les habitudes de communiquer le menu de sept jours aux personnes résidentes; seul le menu quotidien l'était.

Le fait de ne pas communiquer le menu de sept jours entraîne des lacunes dans les services fournis aux personnes résidentes, en particulier en ce qui concerne le programme de soins alimentaires et d'hydratation.

Sources : observations et entretien avec la ou le gestionnaire des services alimentaires. [000722]

AVIS ÉCRIT : SERVICE DE RESTAURATION ET DE COLLATION

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Problème de conformité n° 024 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : l'alinéa 79 (1) g) du Règl. de l'Ont. 246/22

Service de restauration et de collation

Paragraphe 79 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer offre un service de restauration et de collation qui comprend au minimum les éléments suivants :

g. Des techniques adéquates pour aider les résidents à manger, notamment le positionnement sécuritaire des personnes résidentes qui ont besoin d'aide.

Le titulaire de permis n'a pas veillé au positionnement sécuritaire des personnes résidentes qui ont besoin d'aide lorsque celles-ci mangent pendant le service de restauration.

Justification et résumé

Au cours de l'inspection proactive de la conformité, il y a eu observation du service de restauration. Les éléments suivants ont été observés :

- Une personne résidente a été observée en train de prendre son repas alors qu'elle était assise dans une position particulière qui la plaçait dans une position dangereuse pendant qu'elle mangeait. Une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) a été vue assise à la même table, travaillant sur un iPad.

Le diététiste professionnel ou la diététiste professionnelle (Dt.P.) et le ou la gestionnaire des soins alimentaires ont déclaré que le personnel doit s'assurer que les personnes résidentes sont correctement positionnées lors du service de restauration et des collations, ce qui implique de veiller à ce que les personnes résidentes soient assises dans une position particulière qui est sécuritaire pendant qu'elles mangent. Le ou la Dt.P. et le ou la gestionnaire des soins alimentaires ont confirmé le risque associé à un positionnement inadéquat pendant le service de restauration.

Le fait de ne pas veiller à ce que les personnes résidentes soient assises dans une position sécuritaire pendant les repas et les collations les expose à des risques, notamment d'étouffement ou d'aspiration.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Sources : observations et entretiens avec le ou la Dt.P. et le ou la gestionnaire des soins alimentaires. [000722]

AVIS ÉCRIT : AVIS RELATIFS AUX INCIDENTS

Problème de conformité n° 025 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 104 (1) (a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Avis relatifs aux incidents

Paragraphe 104 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le mandataire spécial du résident, s'il y en a un, et toute autre personne que précise le résident :

a) soient avisés dès qu'il prend connaissance d'un incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitements ou de négligence envers le résident qui lui a causé une lésion physique ou des douleurs ou encore des souffrances qui pourraient nuire à sa santé ou à son bien-être; b) soient avisés dans les 12 heures qui suivent le moment où il prend connaissance de tout autre incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitements ou de négligence envers le résident;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le mandataire spécial d'une personne résidente soit avisé dès que le titulaire de permis a eu connaissance d'un incident présumé de négligence à l'égard d'une personne résidente qui a causé de la douleur à cette dernière.

Justification et résumé

À une date précise, l'administrateur ou l'administratrice a été mis au courant du rapport concernant un incident présumé de négligence de la part du personnel auprès de la personne résidente. La personne résidente a déclaré qu'elle a ressenti de la douleur à la suite de cet incident présumé.

L'examen du dossier clinique de la personne résidente a révélé qu'une personne mandataire spéciale y était inscrite. Le mandataire spécial de la personne résidente a indiqué qu'il avait été informé de l'incident présumé auprès de la personne

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

résidente par un appel téléphonique quelques jours plus tard.

Un risque a été mis en lumière lorsque la personne mandataire spéciale de la personne résidente n'a pas été prévenue immédiatement dès que le titulaire de permis a été mis au courant d'un incident présumé de négligence à l'égard de la personne résidente, qui a ressenti de la douleur par la suite.

Sources : dossier médical clinique, entretiens avec la personne résidente, la personne mandataire spéciale et l'administrateur ou l'administratrice. [704759]

AVIS ÉCRIT : ENTREPOSAGE SÉCURITAIRE DES MÉDICAMENTS

Problème de non-conformité n° 026 Avis écrit aux termes de l'alinéa 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 que les médicaments soient entreposés dans un endroit ou un chariot à médicaments qui est sûr et verrouillé.

Justification et résumé

Une inspection proactive de la conformité (IPC) a été effectuée.

Au cours de l'inspection, un service de restauration a été fourni et les éléments suivants ont été observés :

- Un type de médicament particulier a été vu sans surveillance sur un chariot à médicaments, dans une salle à manger, et le médicament a été laissé sans surveillance à plusieurs reprises pendant un certain temps. Un infirmier auxiliaire autorisé ou une infirmière auxiliaire autorisée (IAA) a laissé le flacon de médicaments

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

sur son chariot pour aller administrer des médicaments aux personnes résidentes dans la salle à manger et dans le couloir à l'extérieur de la salle à manger; le médicament laissé sans surveillance n'était pas à la vue de l'IAA. Des personnes résidentes ont été vues en train d'errer devant le médicament laissé sans surveillance.

L'IAA a dit savoir que les médicaments ne devaient pas être laissés sans surveillance sur le chariot à médicaments. L'IAA a aussi dit avoir l'habitude de laisser le médicament concerné sur le dessus du chariot à médicaments, car il s'agissait d'un médicament fréquemment administré à de nombreuses personnes résidentes à cette heure-là.

Le directeur des soins infirmiers ou la directrice des soins infirmiers (DSI) a confirmé que le personnel infirmier ne devait pas laisser les médicaments sans surveillance.

Le fait de ne pas veiller à ce que les médicaments soient entreposés dans un chariot à médicaments ou dans un autre endroit sûr et verrouillé présente un risque de préjudice pour les personnes résidentes.

Sources : Observations; entretiens avec une PSSP et le ou la DSI. [000722]

AVIS ÉCRIT : COMITÉ D'AMÉLIORATION CONSTANTE DE LA QUALITÉ

Problème de conformité n° 027 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 166 (2) 3) 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 :

3. Le directeur médical du foyer.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le comité d'amélioration constante de la qualité d'un foyer exigé en vertu de l'article 42 de la Loi se compose d'au moins les personnes suivantes : le directeur médical ou la directrice médicale du foyer.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Justification et résumé

L'entretien avec l'administrateur ou l'administratrice et le ou la DSI a révélé que le foyer de soins de longue durée disposait d'un comité d'amélioration constante de la qualité qui n'incluait pas toutefois le directeur médical ou la directrice médicale. L'examen du rapport trimestriel du foyer de soins de longue durée sur la qualité a révélé l'absence du directeur médical ou de la directrice médicale.

Le fait de ne pas inclure au moins la personne suivante, le directeur médical ou la directrice médicale, a une incidence sur la mobilisation des parties prenantes dans les efforts d'amélioration des soins et des services.

Sources : rapport trimestriel du titulaire de permis sur la qualité, entretiens avec l'administrateur ou l'administratrice et le ou la DSI. [704759]

AVIS ÉCRIT : COMITÉ D'AMÉLIORATION CONSTANTE DE LA QUALITÉ

Problème de conformité n° 028 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 166 (2) 5) 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 :

5. Le ou la diététiste du foyer.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le comité d'amélioration constante de la qualité d'un foyer exigé en vertu de l'article 42 de la Loi se compose d'au moins les personnes suivantes : le diététiste professionnel ou la diététiste professionnelle (Dt.P.) du foyer.

Justification et résumé

L'entretien avec l'administrateur ou l'administratrice et le ou la DSI a révélé que le

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

foyer de soins de longue durée disposait d'un comité d'amélioration constante de la qualité qui n'incluait pas toutefois le ou la Dt.P. L'examen du rapport trimestriel du foyer de soins de longue durée sur la qualité a révélé l'absence du ou de la Dt.P.

Le fait de ne pas inclure au moins la personne suivante, le ou la Dt.P., a une incidence sur la mobilisation des parties prenantes dans les efforts d'amélioration des soins et des services.

Sources : rapport trimestriel du titulaire de permis sur la qualité, entretiens avec l'administrateur ou l'administratrice et le ou la DSI. [704759]

AVIS ÉCRIT : COMITÉ D'AMÉLIORATION CONSTANTE DE LA QUALITÉ

Problème de conformité n° 029 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 166 (2) 6) 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 :

6. Le fournisseur de services pharmaceutiques du foyer ou, si celui-ci est une personne morale, un pharmacien qui relève du fournisseur de services pharmaceutiques.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le comité d'amélioration constante de la qualité d'un foyer exigé en vertu de l'article 42 de la Loi se compose d'au moins les personnes suivantes : le fournisseur de services pharmaceutiques du foyer ou, si celui-ci est une personne morale, un pharmacien ou une pharmacienne qui relève du fournisseur de services pharmaceutiques.

Justification et résumé

L'entretien avec l'administrateur ou l'administratrice et le ou la DSI a révélé que le foyer de soins de longue durée disposait d'un comité d'amélioration constante de la qualité qui n'incluait toutefois pas le pharmacien ou la pharmacienne relevant du

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

fournisseur de services pharmaceutiques à contrat. L'administrateur ou l'administratrice a indiqué que ce foyer faisait face à un roulement des pharmaciens; dès qu'un pharmacien ou une pharmacienne connaissait bien le milieu du foyer de soins de longue durée, il y avait renouvellement. L'examen du rapport trimestriel du foyer de soins de longue durée sur la qualité a révélé l'absence du pharmacien ou de la pharmacienne relevant du fournisseur de services pharmaceutiques.

Le fait de ne pas inclure au moins la personne suivante, un pharmacien ou une pharmacienne relevant du fournisseur de services pharmaceutiques, a une incidence sur la mobilisation des parties prenantes dans les efforts d'amélioration des soins et des services.

Sources : rapport trimestriel du titulaire de permis sur la qualité et entretiens avec l'administrateur ou l'administratrice et le ou la DSI. [704759]

AVIS ÉCRIT : RAPPORT SUR L'AMÉLIORATION CONSTANTE DE LA QUALITÉ

Problème de conformité n° 030 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 168 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Rapport sur l'amélioration constante de la qualité

Paragraphe 168 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée rédige un rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité pour le foyer à l'égard de chaque exercice au plus tard trois mois après la fin de l'exercice. Sous réserve de l'article 271, il publie chaque rapport sur son site web.

Le titulaire de permis a omis de rédiger un rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité pour le foyer à l'égard de l'exercice financier se terminant le 31 mars 2023, au plus tard trois mois après la fin de l'exercice et, sous réserve de l'article 271, de publier chaque rapport sur son site Web.

Justification et résumé

L'administrateur ou l'administratrice n'a pas été en mesure de fournir le rapport sur

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

l'initiative d'amélioration constante de la qualité pour le foyer à l'égard de l'exercice financier se terminant le 31 mars 2023.

Sur le site Web du foyer de soins de longue durée se trouve un rapport provisoire pour l'exercice financier 2022-2023, comme l'exigeait le paragraphe 168 (5) du Règl. de l'Ont. 246/22. Le titulaire de permis a omis de rédiger et de publier le rapport final sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité pour le foyer à l'égard de l'exercice financier 2022-2023.

L'absence de rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité pour le foyer a une incidence sur la mobilisation des parties prenantes dans les efforts d'amélioration des soins et des services.

Sources : rapport provisoire de 2022-2023 sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité (Continuous Quality Improvement Initiative – Interim Report 2022-23), entretiens avec l'administrateur ou l'administratrice. [704759]

AVIS ÉCRIT : DIRECTEUR DES SOINS INFIRMIERS ET DES SOINS PERSONNELS

Problème de conformité n° 031 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : l'alinéa 250 (1) 5) du Règl. de l'Ont. 246/22

Directeur des soins infirmiers et des soins personnels

Paragraphe 250 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le directeur des soins infirmiers et des soins personnels du foyer soit présent chaque semaine au foyer et y travaille régulièrement comme tel le nombre d'heures indiqué ci-dessous :

5. Dans un foyer dont la capacité en lits autorisés est de 65 lits ou plus, au moins 35 heures par semaine.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le directeur ou la directrice des soins infirmiers et des soins personnels du foyer travaille régulièrement comme tel au

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

foyer, au moins 35 heures par semaine.

Justification et résumé

Le foyer de soins de longue durée avait une capacité en lits autorisés de 68 lits et était tenu d'avoir un directeur ou une directrice des soins infirmiers (DSI) au moins 35 heures par semaine. À l'entrée dans le foyer, le ou la DSI travaillant régulièrement au foyer était en vacances et l'administrateur ou l'administratrice a assumé les fonctions de DSI du foyer entre-temps. Le retour du ou de la DSI au foyer a eu lieu le 16 avril 2024.

L'entretien avec le ou la DSI a confirmé que cette personne avait été en vacances pendant plusieurs jours et qu'elle avait repris le travail, ainsi que l'administrateur ou l'administratrice avait assumé le rôle de DSI pendant la période d'absence du foyer. L'entretien avec l'administrateur ou l'administratrice a montré que cette personne avait rempli au foyer les fonctions d'administrateur et de DSI au cours de cette période. L'administrateur ou l'administratrice a dit travailler régulièrement à plein temps au foyer, environ 37,5 heures par semaine. L'administrateur ou l'administratrice a dit ne pas savoir que les heures de travail requises pour les deux fonctions ne pouvaient pas être combinées. L'administrateur ou l'administratrice a affirmé être en mesure d'effectuer la totalité des heures requises pour le rôle d'administrateur ou d'administratrice et que les heures restantes, soit moins de 35 heures par semaine, seraient consacrées au rôle intérimaire de DSI en l'absence du ou de la DSI en poste.

Un risque a été constaté lorsque le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne qui occupait le poste de DSI travaille au moins 35 heures par semaine, comme l'exige la législation.

Sources : observations dans le foyer de soins de longue durée, entretiens avec le ou la DSI et l'administrateur ou l'administratrice. [704759]

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 001 PROGRAMME DE SOINS

Problème de conformité n° 032 Ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154 (1) 2) de la LRSLD (2021)

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Non-respect du : paragraphe 6 (1) de la LRSLD (2021)

Programme de soins

Paragraphe 6 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soit adopté, pour chaque résident, un programme de soins écrit qui établit ce qui suit :

- a) les soins prévus pour le résident;
- b) les objectifs que visent les soins;
- c) des directives claires à l'égard du personnel et des autres personnes qui fournissent des soins directs au résident;
- d) les autres exigences que prévoient les règlements.

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

Plus précisément, le titulaire de permis doit veiller à ce qui suit :

1. Le coordonnateur ou la coordonnatrice des soins cliniques (CSC) de la méthode d'évaluation RAI (Resident Assessment Instrument), en collaboration avec le personnel infirmier autorisé et le directeur ou la directrice des soins infirmiers, examineront et réviseront le programme de soins écrit pour une personne résidente afin de s'assurer que le personnel de soins directs reçoit des directives claires quant aux besoins en soins de la personne résidente, en particulier en ce qui concerne la mobilité de la personne résidente et l'utilisation de tout appareil de mobilité. Si la personne résidente est évaluée comme ayant besoin d'un appareil de mobilité particulier, des directives doivent être données au personnel sur le moment et la manière d'enclencher un mécanisme particulier; ces directives doivent aussi inclure les exigences de surveillance si l'appareil de mobilité doit être utilisé en tant qu'appareil d'aide personnelle. L'examen et la révision doivent être documentés; les renseignements doivent notamment comprendre la date de l'examen et de toute révision ainsi que les noms des personnes ayant participé à cet examen.

2. Le ou la CSC de la méthode RAI, en collaboration avec une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP), le personnel infirmier autorisé, le diététiste professionnel ou la diététiste professionnelle (Dt.P.) et le ou la gestionnaire des soins alimentaires, examineront et réviseront le programme de soins écrit pour une personne résidente afin de s'assurer que le personnel de soins directs reçoit

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

des directives claires quant aux besoins en soins alimentaires de la personne résidente, y compris en ce qui concerne l'assistance requise pendant les repas, le régime alimentaire de la personne résidente et toute modification de la texture des aliments. Ces informations doivent être facilement accessibles au personnel de soins directs et formulées dans des termes compréhensibles par tous. L'examen et la révision doivent être documentés; les renseignements doivent notamment comprendre la date de l'examen et de toute révision ainsi que les noms des personnes ayant participé à cet examen.

3. Le programme révisé pour les deux personnes résidentes sera communiqué au personnel de soins directs. Cette communication doit être documentée et les renseignements consignés doivent être mis à la disposition de l'inspectrice ou de l'inspecteur sur demande.

Motifs

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que chaque personne résidente dispose d'un programme de soins écrit qui établit les soins prévus pour elle, les objectifs que visent les soins et des directives claires à l'égard du personnel qui fournit des soins à la personne résidente.

Justification et résumé

Au cours de l'inspection proactive de la conformité, il y a eu observation d'un repas.

Une personne résidente a été vue assise dans un appareil de mobilité spécifique ayant un mécanisme particulier enclenché pendant le service de restauration.

Le programme de soins de la personne résidente a été examiné. La documentation ne précisait pas les soins prévus et les objectifs visés et ne fournissait aucune directive concernant un appareil de mobilité spécifique pour la personne résidente.

Une infirmière auxiliaire autorisée ou un infirmier auxiliaire autorisé (IAA) a confirmé que le programme de soins écrit pour la personne résidente ne contenait aucune information ou directive à l'intention du personnel concernant l'utilisation d'un

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

appareil de mobilité particulier.

Le fait de ne pas veiller à ce que chaque personne résidente dispose d'un programme de soins écrit qui établit les soins prévus pour la personne résidente, les objectifs que visent les soins et des directives claires à l'égard du personnel qui fournissent des soins à la personne résidente entraîne des lacunes dans la prestation de soins individualisés et pose un risque de préjudice, surtout en ce qui concerne un appareil de mobilité particulier qui pourrait être considéré comme un moyen de contention en fonction de son utilisation.

Sources : observations, dossier médical clinique et entretiens avec un ou une IAA. [000722]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins écrit pour chaque personne résidente énonce des directives claires à l'égard du personnel qui fournissent des soins directs à la personne résidente.

Justification et résumé

Une inspection proactive de la conformité (IPC) a été effectuée. Au cours de l'IPC, il y a eu observation du service d'un repas, y compris de personnes résidentes évaluées comme présentant un risque sur le plan alimentaire, dont une personne résidente.

Le programme de soins provisoire de cette personne résidente a été examiné. Le programme de soins provisoire a été mis en œuvre pour que la personne résidente prenne plaisir à manger et pour qu'elle reçoive des soins alimentaires; le programme renvoie à d'autres dossiers médicaux ou documents d'évaluation particuliers concernant les mesures d'intervention alimentaires définies.

Le programme de soins écrit, et plus précisément le programme de soins provisoire, a été examiné avec deux PSSP et un ou une IAA. Les PSSP et l'IAA ont dit ne pas être en mesure de déterminer ce que le programme écrit prescrivait et que la

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

formulation n'était pas claire. L'IAA a précisé que le personnel de soins directs, en particulier les PSSP, n'avait pas accès aux dossiers médicaux particuliers ou aux évaluations mentionnés dans le document.

Le coordonnateur ou la coordonnatrice de la méthode d'évaluation RAI (Resident Assessment Instrument) ou coordonnateur ou coordonnatrice des services cliniques (CSC) et le ou la DSI ont confirmé que le programme de soins écrit, en particulier le programme de soins provisoire, ne fournissait pas de directives claires au personnel en ce qui concerne les besoins alimentaires de la personne résidente.

Le fait que le programme de soins écrit pour la personne résidente ne fournisse pas de directives claires au personnel soignant, en particulier en ce qui concerne une personne résidente évaluée comme présentant un risque sur le plan alimentaire, a entraîné un risque de préjudice pour cette dernière.

Sources : observations, dossier médical clinique de la personne résidente et entretiens avec le personnel, le ou la CSC de la méthode RAI et le ou la DSI.
[000722]

3. Le titulaire de permis ne s'est pas assuré de l'existence d'un programme de soins écrit pour une personne résidente, qui énonce des directives claires à l'intention du personnel et des autres personnes qui fournissent des soins directs à la personne résidente en ce qui a trait aux précautions supplémentaires.

Justification et résumé

Deux PSSP sans équipement de protection individuelle ont été vues en train de sortir de la chambre d'une personne résidente alors qu'une affichée indiquant des précautions supplémentaires se trouvait à l'entrée de la chambre de la personne résidente. Cette chambre comptait deux lits. L'affiche ne précisait pas à quel lit s'appliquaient les précautions supplémentaires et il n'y avait aucune affiche près des lits qui indiquait pour quelle personne résidente les précautions supplémentaires devaient être prises.

L'examen d'une fiche d'équipe utilisée par le personnel de soins directs ainsi que

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

des dossiers médicaux cliniques a montré qu'il n'y avait pas de directives écrites à l'intention du personnel concernant les précautions supplémentaires requises.

Les entretiens avec deux PSSP ont permis de découvrir que les précautions supplémentaires s'appliquaient lors des soins directs fournis à la personne résidente présente dans la chambre partagée. Les entretiens avec le ou la responsable de la prévention et du contrôle des infections (PCI) et une PSSP ont tous deux fait connaître que des précautions supplémentaires devaient s'appliquer auprès de la personne résidente et que cela devait être précisé sur les fiches d'équipe que les PSSP portent sur elles. Le ou la responsable de la PCI a reconnu que la fiche d'équipe ne précisait pas les précautions supplémentaires à prendre auprès de la personne résidente et qu'il convenait de les indiquer.

Un risque a été déterminé dans le fait que le programme de soins écrit pour la personne résidente n'a pas donné de directives claires au personnel et aux autres personnes qui fournissent des soins directs à la personne résidente en ce qui concerne les précautions à prendre en situation de contact.

Sources : observations, dossier médical clinique, entretiens avec le personnel et le ou la responsable de la PCI. [704759]

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 31 juillet 2024.

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 002 PROGRAMME DE SOINS

Problème de conformité n° 033 Ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 6 (8) de la LRSLD (2021)

Programme de soins

Paragraphe 6 (8) Le titulaire de permis veille à ce que le personnel et les autres personnes qui fournissent des soins directs à un résident soient tenus au courant du contenu du programme de soins du résident et à ce que l'accès au programme soit pratique et immédiat.

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

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Plus précisément, le titulaire de permis doit veiller à ce qui suit :

1. Le ou la CSC de la méthode RAI, en collaboration avec le ou la DSI, le ou la gestionnaire des soins alimentaires, le ou la Dt.P., le coordinateur ou la coordonnatrice de l'amélioration de la qualité de vie et l'administrateur ou l'administratrice, doit immédiatement élaborer et mettre en œuvre un plan pour veiller à ce que toutes les personnes résidentes disposent d'un programme de soins provisoire, dans Point Click Care, et que ce programme soit à jour et reflète les besoins en soins évalués de chaque personne résidente. Tous les programmes de soins provisoires doivent être à jour à la date limite de l'ordre de conformité. Chaque programme doit être documenté et être rendu immédiatement accessible à la demande de l'inspectrice ou de l'inspecteur.
2. Tout le personnel de soins directs doit être formé sur la manière d'accéder au programme de soins d'une personne résidente dans Point Click Care. Cette formation doit être documentée et inclure le nom du personnel formé, les dates de formation et le nom de la personne ayant donné la formation. Le dossier documenté doit être conservé et rendu immédiatement accessible à la demande de l'inspectrice ou de l'inspecteur.

Motifs

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel et les autres personnes qui fournissent des soins directs à une personne résidente soient tenus au courant du contenu du programme de soins de la personne résidente et à ce que l'accès au programme soit immédiat.

Justification et résumé

Au cours de l'inspection proactive de la conformité, il y a eu observation du service de restauration. Au cours de la période d'observation, une personne résidente a été vue assise dans un appareil de mobilité doté d'un mécanisme particulier enclenché pendant le service de repas.

Le programme de soins de la personne résidente a été examiné. Le document ne

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

fournit pas d'informations ou de directives au personnel sur l'utilisation de l'appareil de mobilité.

Un infirmier auxiliaire autorisé ou une infirmière auxiliaire autorisée (IAA) a dit que le programme de soins provisoire, qui fait partie du programme de soins, n'était pas à jour dans les dossiers médicaux électroniques. L'IAA a expliqué que le titulaire de permis avait changé de fournisseur de dossiers médicaux électroniques pour la tenue de ces dossiers et que les « programmes de soins provisoires » des personnes résidentes n'avaient pas été entièrement téléchargés dans les dossiers médicaux électroniques. Des personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP) ont affirmé qu'elles ne savaient pas comment accéder aux informations sur les soins à fournir à une personne résidente si ces informations ne figuraient pas dans le dossier médical électronique.

Le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) a confirmé que le personnel de soins directs doit être tenu au courant du contenu du programme de soins de chaque personne résidente et que l'accès au programme doit être pratique et immédiat.

Le fait que le personnel qui fournit des soins directs à une personne résidente ne soit pas tenu au courant du contenu du programme de soins de chaque personne résidente et que l'accès ne soit pas pratique et immédiatement entraîne des lacunes dans les soins et les services aux personnes résidentes et, surtout, empêche le personnel de fournir des soins individualisés aux personnes résidentes.

Sources : dossiers médicaux cliniques des personnes résidentes ciblées; entretiens avec le personnel, le ou la CSC de la méthode RAI et le ou la DSI. [000722]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel et les autres personnes qui fournissent des soins directs à une personne résidente soient tenus au courant du contenu du programme de soins de la personne résidente et à ce que l'accès au programme soit immédiat.

Justification et résumé

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Une inspection proactive de la conformité (IPC) a été effectuée.

Au cours de l'IPC, les inspectrices ont examiné les programmes de soins écrits de plusieurs personnes résidentes. La documentation examinée a permis de déterminer que les programmes de soins provisoires, qui font partie du programme de soins écrit d'une personne résidente, étaient inexistant dans le dossier médical électronique.

Le coordonnateur ou la coordonnatrice des services cliniques (CSC) de la méthode d'évaluation RAI (Resident Assessment Instrument) a déclaré que le programme de soins écrit de chaque personne résidente ne comprenait pas actuellement de « programme de soins provisoire ». Ce ou cette CSC a expliqué que le titulaire de permis avait récemment fait passer les dossiers médicaux électroniques des personnes résidentes (dossiers électroniques) à un autre fournisseur et que le passage à l'autre fournisseur avait eu lieu à une date précise. Le ou la CSC de la méthode RAI a ajouté que tous les dossiers des personnes résidentes n'avaient pas été convertis au nouveau système, car chaque programme de soins provisoire et les autres dossiers des personnes résidentes devaient être saisis manuellement dans les dossiers électroniques actuels. La même personne a aussi mentionné qu'un certain nombre de personnes résidentes n'avaient pas de programme de soins provisoire dans leur dossier électronique et qu'il n'était pas possible d'anticiper les délais d'exécution de cette tâche.

Le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) a confirmé que le personnel de soins directs doit être tenu au courant du contenu du programme de soins de chaque personne résidente et que l'accès au programme doit être pratique et immédiat.

Le fait que le personnel qui fournit des soins directs à une personne résidente ne soit pas tenu au courant du contenu du programme de soins de chaque personne résidente et que l'accès ne soit pas pratique et immédiatement entraîne des lacunes dans les soins et les services aux personnes résidentes et, surtout, empêche le personnel de fournir des soins individualisés aux personnes résidentes.

Sources : dossiers médicaux cliniques des personnes résidentes ciblées; entretiens

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

avec le personnel, le ou la CSC de la méthode RAI et le ou la DSI. [000722]

3. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un membre du personnel qui fournit des soins directs à une personne résidente soit tenu au courant du contenu du programme de soins de la personne résidente et à ce que l'accès au programme soit immédiat.

Justification et résumé

L'examen des dossiers médicaux a révélé que la personne résidente souffrait d'une déficience cognitive et physique et qu'elle recevait de l'aide pour ses soins personnels. Le foyer avait mis en place un programme de soins écrit pour la personne résidente, y compris un programme de soins provisoire électronique, qui ne mentionnait pas toutefois les soins personnels.

Les entretiens avec le ou la CSC de la méthode RAI ont révélé que le titulaire de permis avait récemment changé de fournisseur de dossier médical électronique à une date précise. Le ou la CSC de la méthode RAI a expliqué qu'un certain nombre de dossiers de personnes résidentes n'avait pas encore été converti au nouveau système. Dans un entretien, une PSSP a dit qu'elle fournissait des soins aux personnes résidentes et qu'elle obtenait des renseignements sur les besoins en soins des personnes résidentes à partir des rapports verbaux du personnel infirmier et de la documentation sur les tâches qui montrait les actions à accomplir. La PSSP a indiqué qu'elle n'était pas au courant d'un programme de soins provisoire écrit contenant des renseignements sur les besoins en soins des personnes résidentes dans le dossier médical électronique.

Le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) a confirmé que le personnel de soins directs doit être tenu au courant du contenu du programme de soins de chaque personne résidente et que l'accès au programme doit être pratique et immédiat.

Le fait qu'une PSSP n'ait pas eu un accès pratique et immédiat au programme de soins d'une personne résidente ne permet pas à la PSSP de bien connaître le contenu du programme de soins de la personne résidente.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Sources : dossier médical clinique, entretiens avec le personnel, l'administrateur ou l'administratrice et entretien de l'inspectrice n° 000722 avec le ou la CSC de la méthode RAI et le ou la DSI. [704759]

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 28 août 2024.

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 003 FORMATION

Problème de conformité n° 034 Ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 82 (7) 6 de la LRSLD (2021)

Formation

Paragraphe 82 (7) Le titulaire de permis veille à ce que tout le personnel qui fournit des soins directs aux résidents reçoive, comme condition pour continuer d'avoir des contacts avec les résidents, une formation dans les domaines énoncés aux dispositions suivantes, aux moments ou aux intervalles que prévoient les règlements :

6. Les autres domaines que prévoient les règlements.

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

Plus précisément, le titulaire de permis doit veiller à ce qui suit :

1. Former tout le personnel de soins directs, qui n'a pas été formé en 2023, au sujet des soins de la peau et des plaies, de la prévention et de la gestion des chutes ainsi qu'à la gestion de la douleur, ce qui inclut la reconnaissance des signes de douleur spécifiques et non spécifiques. La formation doit être documentée; les renseignements consignés doivent comprendre la date de la formation, les noms des membres du personnel formés et leur rôle, ainsi que la plateforme utilisée pour mener la formation. Le dossier relatif à la formation doit être conservé et mis à la disposition de l'inspectrice ou de l'inspecteur sur demande.

2. L'administrateur ou l'administratrice, qui est la personne responsable désignée de la formation, s'occupe de superviser l'achèvement de la 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-Est

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

3. Cette formation s'ajoute à toute exigence de formation pour 2024.

Motifs

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que tous les membres du personnel qui fournissent des soins directs aux personnes résidentes reçoivent une formation supplémentaire, plus précisément en ce qui a trait à la prévention et à la gestion des chutes, et à ce que cette formation soit donnée chaque année.

Conformément à l'alinéa 261 (1) 1 du Règl. de l'Ont. 246/22, pour l'application de la disposition 6 du paragraphe 82 (7) de la Loi, une formation est offerte à tout le personnel qui fournit des soins directs aux résidents à l'égard des autres domaines suivants, plus précisément la prévention et la gestion des chutes.

Conformément au paragraphe 261 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis veille à ce que tout le personnel qui fournit des soins directs aux résidents reçoive la formation prévue au paragraphe 82 (7) de la Loi, tous les ans.

Justification et résumé

Une inspection proactive de la conformité (IPC) a été effectuée. Dans le cadre de l'IPC, le programme de prévention et de gestion des chutes du titulaire de permis a été examiné.

Deux personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP), un infirmier auxiliaire autorisé ou une infirmière auxiliaire autorisée (IAA) ainsi qu'un infirmier autorisé ou une infirmière autorisée (IA) ont déclaré qu'ils ne se souvenaient pas d'avoir reçu une formation annuelle sur la prévention et la gestion des chutes.

Les données sur la formation de recyclage en 2023 ont été examinées. La documentation a permis de déterminer les éléments suivants :

- Prévention et gestion des chutes – la formation d'un certain nombre de membres du personnel était incomplète.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) et l'administrateur ou l'administratrice, qui est responsable de la formation, ont confirmé que la formation du personnel, particulièrement celle liée à la prévention et à la gestion des chutes, était incomplète en 2023.

Le fait que le personnel n'ait pas reçu la formation de recyclage sur la prévention et la gestion des chutes sur une base annuelle entraîne des lacunes dans les soins et les services aux personnes résidentes, ce qui constitue un risque pour ces dernières.

Sources : examen des dossiers de formation de 2023 et entretiens avec les membres du personnel, le ou la DSI et l'administrateur ou l'administratrice. [000722]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que tous les membres du personnel qui fournissent des soins directs aux personnes résidentes reçoivent une formation supplémentaire, plus précisément en ce qui a trait à la gestion de la douleur, et à ce que cette formation soit donnée chaque année.

Conformément à l'alinéa 261 (1) 4 du Règl. de l'Ont. 246/22, pour l'application de la disposition 6 du paragraphe 82 (7) de la Loi, une formation est offerte à tout le personnel qui fournit des soins directs aux résidents à l'égard des autres domaines suivants, plus précisément la gestion de la douleur, ce qui inclut la reconnaissance des signes de douleur spécifiques et non spécifiques.

Conformément au paragraphe 261 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis veille à ce que tout le personnel qui fournit des soins directs aux résidents reçoive la formation prévue au paragraphe 82 (7) de la Loi, tous les ans.

Justification et résumé

Une inspection proactive de la conformité (IPC) a été effectuée. Dans le cadre de l'IPC, le programme de gestion de la douleur du titulaire de permis a été examiné.

Un ou une IAA et un ou une IA ont déclaré qu'ils ne se souvenaient pas d'avoir reçu une formation annuelle sur la 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-Est

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

Les données sur la formation en 2023 ont été examinées. La documentation a permis de déterminer les éléments suivants :

- Gestion de la douleur – la formation d'un certain nombre de membres du personnel était incomplète.

Le ou la DSI et l'administrateur ou l'administratrice, qui est responsable de la formation, ont confirmé que la formation du personnel, particulièrement celle liée à la gestion de la douleur, était incomplète en 2023.

Le fait que le personnel n'ait pas reçu la formation de recyclage sur la gestion de la douleur entraîne des lacunes dans les soins et les services aux personnes résidentes, ce qui constitue un risque pour ces dernières.

Sources : examen des dossiers de formation de 2023 et entretiens avec les membres du personnel, le ou la DSI et l'administrateur ou l'administratrice. [000722]

3. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que tous les membres du personnel qui fournissent des soins directs aux personnes résidentes reçoivent une formation supplémentaire, plus précisément en ce qui a trait aux soins de la peau et des plaies, et à ce que cette formation soit donnée chaque année.

Conformément à l'alinéa 261 (1) 2 du Règl. de l'Ont. 246/22, pour l'application de la disposition 6 du paragraphe 82 (7) de la Loi, une formation est offerte à tout le personnel qui fournit des soins directs aux résidents à l'égard des autres domaines suivants, plus précisément le soins de la peau et des plaies.

Conformément au paragraphe 261 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis veille à ce que tout le personnel qui fournit des soins directs aux résidents reçoive la formation prévue au paragraphe 82 (7) de la Loi, tous les ans.

Justification et résumé

Une inspection proactive de la conformité (IPC) a été effectuée. Dans le cadre de l'IPC, le programme de soins de la peau et des plaies du titulaire de permis a été

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

examiné.

Deux PSSP, un ou une IAA et un ou une IA ont déclaré qu'ils ne se souvenaient pas d'avoir reçu la formation annuelle sur les soins de la peau et des plaies.

Les données sur la formation de recyclage en 2023 ont été examinées. La documentation a permis de déterminer les éléments suivants :

- Soins de la peau et des plaies – la formation d'un certain nombre de membres du personnel était incomplète.

Le ou la DSI et l'administrateur ou l'administratrice, qui est responsable de la formation, ont confirmé que la formation du personnel, particulièrement celle liée aux soins de la peau et des plaies, était incomplète en 2023.

Le fait que le personnel n'ait pas reçu la formation de recyclage sur les soins de la peau et des plaies entraîne des lacunes dans les soins et les services aux personnes résidentes, ce qui constitue un risque pour ces dernières.

Sources : examen des dossiers de formation de 2023 et entretiens avec des membres du personnel, le ou la DSI et l'administrateur ou l'administratrice. [000722]

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le
30 septembre 2024

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 004 OBSERVATION DES INSTRUCTIONS DU FABRICANT

Problème de conformité n° 035 Ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'article 26 du Règl. de l'Ont. 246/22

Observation des instructions du fabricant

Art. 26. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le personnel utilise l'ensemble de l'équipement, des fournitures, des appareils, des appareils fonctionnels et des aides pour changer de position du foyer conformément aux instructions du fabricant.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

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

Plus précisément, le titulaire de permis doit veiller à ce qui suit :

1. En collaboration avec le ou la médecin et un ou une spécialiste du soin des plaies, veiller à ce qu'une thérapeutique particulière convienne à une personne résidente. Si la thérapeutique précisée convient à la personne résidente, le titulaire de permis ou son représentant doit veiller à ce que le programme de soins provisoire de la personne résidente définisse les objectifs des soins pendant le déroulement de la thérapeutique précisée et que des mesures d'intervention soient élaborées, mises en œuvre et clairement communiquées au personnel soignant pendant le déroulement de la thérapeutique précisée, en particulier en ce qui concerne les risques. L'examen du caractère approprié de la thérapeutique précisée pour la personne résidente, ainsi que le programme de soins provisoire révisé, doivent être documentés et mis immédiatement à la disposition de l'inspectrice ou de l'inspecteur sur demande.
2. L'ensemble du personnel infirmier autorisé, y compris le personnel provenant d'une agence, doit recevoir une formation relative à la thérapeutique précisée et utilisée dans le foyer de soins de longue durée. La formation doit expliquer la raison de l'utilisation de la thérapeutique précisée de même que les étapes d'application et de surveillance et les risques liés à l'utilisation de cette thérapeutique. La formation doit être documentée; les renseignements consignés doivent inclure la date, le nom et le titre des membres du personnel ainsi que le nom et le titre des formateurs. La documentation doit être conservée et mise à la disposition immédiate de l'inspectrice ou de l'inspecteur sur demande.
3. Le ou la responsable de la prévention et du contrôle des infections (PCI), en collaboration avec le personnel infirmier autorisé et non autorisé, le personnel de soutien et le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI), examinera d'autres solutions pour rendre accessibles les distributeurs de rince-mains à base d'alcool et les lingettes désinfectantes et assainissantes à l'usage du personnel, ailleurs que sur les tables de restauration utilisées par les personnes résidentes. L'examen doit intégrer des zones de stockage et l'accessibilité au personnel qui minimisent 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 du Centre-Est

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

risques auprès de toutes les personnes résidentes. L'examen et ses résultats doivent être documentés et être immédiatement mis à la disposition de l'inspectrice ou de l'inspecteur sur demande.

4. Le ou la responsable de la PCI, en collaboration avec le ou la DSI, communiquera les exigences en matière de sécurité et de stockage des lingettes désinfectantes et assainissantes spécifiées, ce qui doit inclure la mesure de garder le produit inaccessible aux personnes résidentes, en particulier à celles qui souffrent de troubles cognitifs.

Motifs

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel utilise les fournitures dans le foyer conformément aux instructions du fabricant, en particulier en ce qui concerne le programme de soins de la peau et des plaies.

Justification et résumé

Une inspection proactive de la conformité a été effectuée. Dans le cadre de cette inspection, le programme de soins de la peau et des plaies du titulaire de permis a été examiné.

Un infirmier auxiliaire autorisé ou une infirmière auxiliaire autorisée (IAA) et un infirmier autorisé ou une infirmière autorisée (IA) ont constaté qu'une personne résidente présentait une altération de l'intégrité épidermique. L'IAA et l'IA ont déclaré que la personne résidente avait été évaluée, qu'elle recevait des soins et qu'elle faisait l'objet d'une surveillance de la part de l'équipe interdisciplinaire du foyer de soins de longue durée. Le dossier médical clinique de la personne résidente ainsi que les politiques et marches à suivre liées au du programme de soins de la peau et des plaies du titulaire de permis ont été examinés. La documentation a mis en évidence des incohérences dans les soins de la peau et des plaies prodigués à la personne résidente.

La personne résidente a été observée dans sa chambre en présence d'une PSSP. D'après les observations faites, la mise en œ de la thérapeutique particulière auprès

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

de la personne résidente exposait cette dernière à un risque de préjudice et d'inconfort.

La PSSP a expliqué que le personnel infirmier autorisé était censé appliquer la thérapie particulière auprès de la personne résidente et que les PSSP n'étaient pas censées le faire. Cette PSSP a aussi dit que la thérapie particulière n'était pas censée être mise en œuvre de la manière observée, précisant que les PSSP devaient informer le personnel infirmier autorisé si cela se produisait. La PSSP a affirmé que le personnel infirmier autorisé avait été informé le soir d'avant que la thérapie particulière nécessitait de l'attention.

Un ou une IAA a indiqué que la thérapie particulière auprès de la personne résidente devait être appliquée par le personnel infirmier autorisé. L'IAA a ajouté que la thérapie devait être appliquée d'une manière précise.

Le ou la DSI a confirmé que le foyer de soins de longue durée utilisait la thérapie précisée. Le ou la DSI a fourni les instructions propres à la thérapie pour examen.

Les instructions du fabricant précisent les précautions à prendre lors de l'utilisation de la thérapie particulière, ce qui inclut des exemples liés aux observations de l'inspectrice concernant la mise en œuvre de la thérapie auprès de la personne résidente d'une manière qui a exposé la personne résidente à un risque de préjudice ou d'inconfort.

L'IAA et le ou la DSI ont dit que la thérapie particulière n'était pas censée être mise en œuvre auprès de la personne résidente dans la manière observée par l'inspectrice; l'IAA et le ou la DSI ont précisé que la thérapie particulière pouvait être nuisible si elle était utilisée de manière incorrecte.

Le non-respect des instructions du fabricant, notamment en ce qui concerne une thérapie particulière, a exposé la personne résidente à un risque de préjudice.

Sources : observations; examen des instructions d'application du fabricant et du dossier médical clinique; entretiens avec le personnel et le ou la DSI. [000722]

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel utilise les fournitures dans le foyer conformément aux instructions du fabricant.

Justification et résumé

Une inspection proactive de la conformité (IPC) a été effectuée dans le cadre de laquelle il y a eu observation du service de restauration. Au cours de cette période d'observation, des lingettes de désinfection des surfaces de contact particulières ont été vues sur les tables des personnes résidentes dans une salle à manger. Une personne résidente a été vue en train de retirer des lingettes du paquet et de s'essuyer les mains.

La fiche de données de sécurité sur les lingettes désinfectantes de surfaces de contact en question a été examinée. La fiche examinée a révélé que le produit était recommandé comme nettoyant désinfectant industriel. La fiche faisait état d'« utilisations déconseillées; les utilisations autres que celles prévues ne sont pas recommandées » [traduction]. Les premiers soins comprennent, en cas de contact avec les yeux, un rinçage abondant. En cas d'irritation, ou si celle-ci persiste, il faut consulter un médecin.

Un ou une IAA a dit ne pas savoir pourquoi les lingettes désinfectantes de surfaces de contact en question s'étaient retrouvées sur les tables de personnes résidentes. L'IAA a affirmé déjà avoir déjà fait part à la direction de ses préoccupations concernant l'accessibilité aux lingettes en question, après avoir vu des personnes résidentes utiliser ces lingettes sur leur visage.

L'IAA et le ou la DSI ont indiqué que les lingettes désinfectantes en question n'étaient pas destinées à être utilisées par les personnes résidentes et sur la peau d'une personne. L'IAA a précisé que le personnel avait reçu l'instruction de mettre des gants à l'utilisation de ces lingettes désinfectantes.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que les fournitures utilisées dans le foyer de soins de longue durée servent uniquement aux fins prévues et conformément aux instructions du fabricant a entraîné un risque de préjudice pour les personnes

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

résidentes.

Sources : observations; entretiens avec le personnel, le ou la responsable de la PCI et le ou la DSI. [000722]

3. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel utilise les fournitures dans le foyer conformément aux instructions du fabricant.

Justification et résumé

Une inspection proactive de la conformité (IPC) a été effectuée dans le cadre de laquelle il y a eu observation du service de restauration. Au cours de cette période d'observation, des bouteilles de rince-mains à base d'alcool ont été vues sur les tables des personnes résidentes dans une salle à manger. Une personne résidente a été vue en train de pomper du rince-mains à base d'alcool sur la table à manger et de le frotter sur les ustensiles à sa place ainsi que sur les ustensiles des personnes résidentes voisines.

La fiche de données de sécurité du rince-mains à base d'alcool concerné a été examinée. Selon cette fiche, le produit est recommandé comme désinfectant pour les mains. La fiche faisait état d'« utilisations déconseillées » et qu'il fallait utiliser le produit uniquement comme prévu [traduction]. Cette même fiche précisait que le produit contenait de l'alcool éthylique.

Un ou une IAA a dit ne pas savoir pourquoi le rince-mains à base d'alcool s'était retrouvé sur les tables de personnes résidentes. L'IAA a indiqué avoir déjà fait part à la direction de ses préoccupations concernant l'accessibilité du rince-mains à base d'alcool, après avoir vu une personne résidente pomper le rince-mains à base d'alcool dans des gobelets et le donner à une personne résidente voisine. L'IAA a dit retirer les bouteilles de rince-mains à base d'alcool des tables à manger des personnes résidentes pendant son service; les bouteilles étaient toutefois remises en place malgré les préoccupations exprimées auprès de la direction.

L'IAA et le ou la DSI ont confirmé que le rince-mains à base d'alcool était censé être

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

utilisé par le personnel et auprès des personnes résidentes, sous la supervision du personnel.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que les fournitures utilisées dans le foyer de soins de longue durée servent uniquement aux fins prévues et conformément aux instructions du fabricant a entraîné un risque de préjudice pour les personnes résidentes.

Sources : observations; entretiens avec le personnel, le ou la responsable de la PCI et le ou la DSI. [000722]

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 28 août 2024.

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 005 EFFETS PERSONNELS ET AIDES PERSONNELLES

Problème de conformité n° 036 Ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 41 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Effets personnels et aides personnelles

Paragraphe 41 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque résident du foyer ait ses effets personnels, notamment ses aides personnelles, comme des prothèses dentaires, des lunettes et des aides auditives :

- a) étiquetés, dans les 48 heures de son admission et, dans le cas de nouveaux effets, de leur acquisition;
- b) nettoyés au besoin.

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

Plus précisément, le titulaire de permis doit veiller à ce qui suit :

1. Veiller immédiatement à ce que les effets de soins personnels de chaque personne résidente soient étiquetés en vue d'une utilisation individuelle.
2. Voir à ce que le ou la responsable de la prévention et du contrôle des infections (PCI), en collaboration avec le ou la directeur ou la directrice des soins infirmiers

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

(DSI), veille à ce qu'un plan soit élaboré et mis en œuvre pour garantir que les effets de soins personnels de chaque personne résidente soient étiquetés lors de l'admission et à tout autre moment. Le plan doit être communiqué à l'ensemble du personnel de soins directs. Le plan et sa communication doivent être consignés et mis à la disposition de l'inspectrice ou de l'inspecteur sur demande.

3. Effectuer deux fois par semaine, pendant une période minimale de quatre semaines, des vérifications de tous les effets de soins personnels des personnes résidentes. Chaque chambre d'une personne résidente, les salles de bain et de douche, les chariots de produits de soins et les appareils de rangement doivent faire l'objet des vérifications en vue de garantir que tous les effets de soins personnels d'une personne résidente sont correctement étiquetés à son nom et ne sont utilisés que pour cette personne résidente. Les renseignements à consigner lors des vérifications doivent comprendre le numéro de chambre de la personne résidente ou le secteur contrôlé, la date de la vérification, le nom et le rôle de la personne vérificatrice, ainsi que les mesures prises si une déficience a été constatée au cours de la vérification. La direction s'occupe de ces vérifications. Les documents liés à chaque vérification doivent être conservés et mis à la disposition de l'inspectrice ou de l'inspecteur sur demande.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les effets de soins personnels de chaque personne résidente soient étiquetés.

Justification et résumé

Une inspection proactive de la conformité a été effectuée. Dans le cadre de l'inspection, une première visite du foyer de soins de longue durée a été effectuée et a inclus trois chambres de personnes résidentes. Les éléments suivants ont été observés dans trois chambres de personnes résidentes : un certain nombre de brosses à dents, de tubes de dentifrice, de flacons de nettoyant pour la peau, ainsi qu'un bassin réniforme, un porte-dentier, un coupe-ongles, un déodorant et une brosse à cheveux n'étaient pas étiquetés.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Le ou la responsable de la PCI a dit que les effets de soins personnels des personnes résidentes devaient être étiquetés aux fins d'utilisation des personnes résidentes. Le ou la DSI a confirmé que les effets de soins personnels des personnes résidentes devaient être étiquetés individuellement en vue de leur utilisation et qu'ils devaient être maintenus propres.

Le fait de ne pas veiller à ce que les effets de soins personnels de chaque personne résidente soient étiquetés entraîne des lacunes dans le programme de prévention et de contrôle des infections du titulaire de permis, ce qui expose les personnes résidentes à un risque d'infection.

Sources : observations et entretiens avec un ou une IAA, le ou la responsable de la PCI et le ou la DSI. [000722]

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 31 juillet 2024

**ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 006 PROGRAMMES DE SOINS
ALIMENTAIRES ET D'HYDRATATION**

Problème de conformité n° 037 Ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 74 (2) (a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programmes de soins alimentaires et d'hydratation

Paragraphe 74(2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les programmes comprennent ce qui suit :

a) l'élaboration et la mise en œuvre, en consultation avec un diététiste agréé faisant partie du personnel du foyer, de politiques et de marches à suivre ayant trait aux soins alimentaires, aux services de diététique et à l'hydratation;

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

Plus précisément, le titulaire de permis doit veiller à ce qui suit :

1. Revoir sa politique sur les modifications de texture (Texture Modifications) avec l'ensemble du personnel des services de diététique. La révision doit être documentée; les renseignements consignés doivent notamment comprendre la

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

date de la révision, le nom et le titre des membres du personnel, de même que le nom de la personne ayant effectué la révision avec le personnel. La documentation doit être conservée et mise à la disposition de l'inspectrice ou de l'inspecteur sur demande.

2. Donner la formation de recyclage à un ou à une aide en diététique (AD) pour l'informer de la consistance recherchée lors d'une modification de texture hachée ou réduite en purée, en plus des ressources à consulter en cas de doute sur les aliments du menu quotidien à proposer et à fournir aux personnes résidentes pour qui la texture des aliments doit être modifiée. Le recyclage doit être documenté; les renseignements doivent inclure la date du recyclage ainsi que le nom de la personne ayant donné la formation. La documentation doit être mise à la disposition de l'inspectrice ou de l'inspecteur sur demande.

3. Réaliser des vérifications quotidiennes, pendant tous les services de repas, afin de garantir que les options de menus sont offertes aux personnes résidentes évaluées comme nécessitant un repas à base d'aliments à la texture modifiée sous forme hachée ou réduite en purée. Les vérifications doivent être effectuées tous les jours, y compris les fins de semaine et les jours fériés, lors de tous les services de repas, pendant une période de quatre semaines. Le ou la gestionnaire des soins alimentaires ou la personne gestionnaire désignée s'occupe de ces vérifications. Les renseignements suivants doivent être fournis lors de chaque vérification : date, service de repas faisant l'objet de la vérification, nom et rôle des vérificateurs et résultat(s) de la vérification. Si une déficience est constatée, des mesures correctives doivent être prises immédiatement et être documentées dans la fiche de vérification.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les politiques et les marches à suivre relatives aux soins alimentaires et aux services de diététique soient mises en œuvre conformément aux directives de son programme.

Justification et résumé

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Une inspection proactive de la conformité (IPC) a été effectuée. Dans le cadre de l'IPC, il y a eu observation du service de restauration.

La politique du titulaire de permis sur les modifications de texture (Texture Modifications) » indique que les personnes résidentes se verront proposer un régime alimentaire et des modifications de texture conformément aux prescriptions d'un diététiste professionnel ou d'une diététiste professionnelle (Dt.P.) et d'un ou d'une médecin. La politique du titulaire de permis prévoit ce qui suit :

- Texture de viande hachée : la viande doit être émincée jusqu'à ce qu'elle présente la consistance du bœuf haché.
- Texture hachée : la texture des aliments de tous les plats principaux, des légumes, des ragoûts et des desserts est modifiée à l'aide d'un robot culinaire de façon à présenter une consistance de viande de hamburger. Chaque aliment doit être servi individuellement.

Les éléments suivants ont été observés au cours du service de restauration :

- Un ou une AD a remis à une personne résidente des « croquettes de morue » ordinaires; puis, une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) a coupé les croquettes de morue en morceaux de la taille d'une bouchée. La personne résidente a été évaluée comme ayant besoin d'une alimentation normale, mais dans des textures modifiées sous forme hachée.
- Une autre personne résidente a reçu du cantaloup frais coupé en dés et des fraises en purée, le tout mélangé dans le même bol. La personne résidente a été vue en train de mettre les fruits dans sa bouche et de recracher le cantaloup. La personne résidente a été évaluée comme ayant besoin d'une alimentation normale, mais dans des textures modifiées sous forme hachée.

L'AD qui préparait les assiettes des personnes résidentes a dit qu'il n'y avait pas d'option hachée pour les croquettes de morue. L'AD ne savait pas trop si le cantaloup coupé en dés était destiné aux personnes résidentes pour lesquelles des aliments à la texture ordinaire ou sous forme hachée avaient été prescrits, en plus de ne pas être trop au courant de la consistance recherchée dans le cas d'aliments à présenter aux personnes résidentes ayant été évaluées comme ayant besoin d'un repas à la texture hachée.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Le ou la Dt.P. et le ou la gestionnaire des soins alimentaires ont indiqué que le personnel des services de diététique devait suivre la politique du titulaire de permis en matière de modification de texture. Tous deux se sont dits conscients du risque associé au fait de fournir aux personnes résidentes des textures d'aliments non prescrites par le ou la médecin ou le ou la Dt.P.

Le fait que le personnel des services de diététique n'ait pas respecté la politique du titulaire de permis en matière de modification de texture a entraîné un risque de préjudice pour les personnes résidentes, en particulier un risque d'étouffement ou d'aspiration.

Sources : observations, examen de la liste des risques alimentaires, du rapport du titulaire de permis sur le type de régime alimentaire et de la politique du titulaire de permis en matière de modification de texture, et entretiens avec un ou une AD, un ou une Dt.P. et le ou la gestionnaire des soins alimentaires. [000722]

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 31 juillet 2024

**ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 007 PRÉPARATION
ALIMENTAIRE**

Problème de conformité n° 038 Ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 78 (3) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Préparation alimentaire

Par. 78 (3) Le titulaire de permis veille à ce que tous les aliments et liquides compris dans le système de préparation alimentaire soient préparés, entreposés et servis au moyen de méthodes qui :

b) empêchent l'adultération, la contamination et les maladies d'origine alimentaire.
Paragraphe 78 (3) du Règl. de l'Ont. 246/22

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

Plus précisément, le titulaire de permis doit veiller à 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-Est

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

1. Revoir ses politiques et marches à suivre concernant la prise de température des aliments avec l'ensemble du personnel des services de diététique. Veiller à ce que le personnel des services de diététique sache quand il doit prendre la température des aliments et où celle-ci doit être consignée. La révision doit être documentée et les renseignements consignés doivent inclure la date de la révision, le nom des membres du personnel et leur rôle. Le document doit être mis à la disposition de l'inspectrice ou de l'inspectrice sur demande.
2. Le titulaire de permis doit élaborer et mettre en œuvre un processus garantissant que les températures des aliments situées en dehors de la zone de température sûre sont immédiatement corrigées, que les mesures prises sont consignées et communiquées au ou à la gestionnaire des soins alimentaires ou à son représentant. Ce processus doit être communiqué à l'ensemble du personnel des services de diététique. Un rapport du processus et de la communication doit être conservé et mis à la disposition de l'inspectrice ou de l'inspecteur sur demande.
3. Réaliser des vérifications quotidiennes pour veiller à ce que la température des aliments de tous les plats au menu ait été relevée et consignée et à ce que, si la température d'un aliment se situe en dehors de la zone de température sûre, l'écart ait été communiqué au ou à la gestionnaire des soins alimentaires ou à son représentant et que des mesures correctives aient été prises et consignées. Les vérifications doivent être réalisées tous les jours, y compris les fins de semaine et les jours fériés, pour les trois repas, pendant quatre semaines. Les vérifications doivent être documentées et les renseignements consignés doivent inclure la date, le nom et le rôle des personnes vérificatrices, ainsi que toute mesure corrective définie et prise. Les documents doivent être mis à la disposition de l'inspectrice ou de l'inspecteur sur demande.
4. Le ou la gestionnaire des soins alimentaires ou son représentant effectue des vérifications de la température des aliments froids et chauds avant et pendant le service de repas, deux fois par semaine au déjeuner, au dîner et au souper, pendant une période de quatre semaines. La vérification de température doit être documentée; les renseignements consignés doivent inclure le service de repas vérifié, le plat du menu vérifié, la température des aliments relevée et consignée, tout écart constaté, les mesures correctives prises sur place, ainsi que le nom et le

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

rôle de la personne vérificatrice. Les documents des vérifications doivent être conservés et mis à la disposition de l'inspectrice ou de l'inspecteur sur demande.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que tous les aliments et liquides compris dans le système de préparation alimentaire soient préparés, entreposés et servis au moyen de méthodes qui empêchent les maladies d'origine alimentaire.

Justification et résumé

Une inspection proactive de la conformité (IPC) a été effectuée. Dans le cadre de l'IPC, il y a eu observation du service de restauration et les éléments suivants ont été constatés :

- Des aliments, notamment de la salade de chou, de la sauce tartare, du fromage ainsi que du cantaloup et des fraises à la texture modifiée, ont été gardés à température ambiante pendant le service d'un repas.

Un ou une AD a déclaré que les températures des aliments étaient normalement relevées pendant la préparation des aliments, avant et au milieu du repas et qu'elles étaient consignées sur des fiches de contrôle de la température. L'AD a dit ne pas avoir suffisamment de blocs réfrigérants pour garder les aliments froids pendant le service des repas. Ce jour-là, l'AD a reconnu ne pas avoir relevé la température des aliments avant ou au milieu du repas.

Le ou la gestionnaire des soins alimentaires a confirmé que la température des aliments froids et chauds doit être relevée et consignée. Ce ou cette gestionnaire a ajouté que tous les aliments doivent être servis et conservés selon des méthodes garantissant la salubrité des aliments.

Le fait de ne pas veiller à ce que les aliments soient conservés et servis selon des méthodes permettant de prévenir les maladies d'origine alimentaire constitue un risque pour les personnes résidentes.

Sources : observations : examen des relevés de température des aliments, 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-Est

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

rapports de production de la cuisine et entretien avec un ou une AD et le ou la gestionnaire des soins alimentaires. [000722]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que tous les aliments et liquides compris dans le système de préparation alimentaire soient préparés, entreposés et servis au moyen de méthodes qui empêchent les maladies d'origine alimentaire.

Justification et résumé

Une inspection proactive de la conformité (IPC) a été effectuée. Dans le cadre de l'IPC, le programme de soins alimentaires et d'hydratation du titulaire de permis a été examiné.

La documentation examinée, en particulier les rapports de production de la cuisine (Kitchen Production Reports), a révélé que le personnel des services de diététique ne relevait pas systématiquement la température des aliments, qu'ils soient chauds ou froids, plus précisément pendant une période d'environ sept jours.

Le ou la gestionnaire des soins alimentaires a confirmé que la température des aliments froids et chauds doit être relevée et consignée. Ce ou cette gestionnaire a ajouté que tous les aliments doivent être servis et conservés selon des méthodes garantissant la salubrité des aliments.

Le fait de ne pas veiller à ce que les aliments soient conservés et servis selon des méthodes permettant de prévenir les maladies d'origine alimentaire constitue un risque pour les personnes résidentes.

Sources : observations : examen des relevés de température des aliments, des rapports de production de la cuisine et entretien avec l'AD n° 101 et le ou la gestionnaire des soins alimentaires. [000722]

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 31 juillet 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-Est

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

**ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 008 PRÉPARATION
ALIMENTAIRE**

Problème de conformité n° 039 Ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154 (1) 2
de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 78 (6) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Préparation alimentaire

Paragraphe 78 (6) Le titulaire de permis veille à ce que le foyer soit doté de ce qui
suit :

b) un équipement de restauration collective suffisant pour préparer, transporter et
maintenir des aliments chauds et froids périssables à des températures sécuritaires.

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

Plus précisément, le titulaire de permis doit veiller à ce qui suit :

1. Voir à ce que le ou la gestionnaire des services alimentaires, en collaboration avec
le diététiste professionnel ou la diététiste professionnelle (Dt.P.) et l'administrateur
ou l'administratrice, veille à ce que le foyer soit doté d'un équipement de
restauration collective suffisant pour préparer, transporter et maintenir des aliments
chauds et froids périssables à des températures sécuritaires lors du service de
restauration et de collation.

2. Effectuer des vérifications tous les jours, y compris les fins de semaine et les jours
fériés, pour le déjeuner, le dîner et le souper, afin de garantir que les aliments
périssables chauds et froids ainsi que les boissons sont préparés, transportés et
maintenus à des températures sécuritaires. Les vérifications doivent comprendre
des observations pendant tout le service de restauration dans la cuisine, les
dépenses et toutes les salles à manger. Les vérifications doivent être effectuées par
le ou la gestionnaire des services alimentaires ou d'autres membres de l'équipe de
direction pendant une période de quatre semaines. Les renseignements consignés
sur toute vérification doivent inclure la date, le nom et le titre de la personne
vérificatrice ainsi que toute mesure corrective prise en cas de manquement. Les
documents relatifs aux vérifications doivent être conservés et mis à la disposition de
l'inspectrice ou de l'inspecteur sur demande.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer soit doté d'un équipement de restauration collective suffisant pour maintenir les aliments froids périssables à des températures sécuritaires.

Justification et résumé

Une inspection proactive de la conformité (IPC) a été effectuée. Dans le cadre de l'IPC, il y a eu observation du service de restauration et les éléments suivants ont été constatés :

- Des aliments, notamment de la salade de chou, de la sauce tartare, du fromage ainsi que du cantaloup et des fraises à la texture modifiée, ont été gardés à température ambiante pendant le service d'un repas.

L'inspectrice a demandé à un ou une AD de relever la température de la salade de chou, qui était gardée à température ambiante; l'AD a relevé une température de 16 degrés Celsius, après la mise en place dans l'assiette du dernier repas des personnes résidentes. L'AD a indiqué que le foyer n'était pas doté de l'équipement suffisant pendant le service de repas pour conserver les aliments, en particulier les aliments froids, « au froid ».

Le fait que le foyer de soins de longue durée n'ait pas veillé à ce qu'il soit doté de l'équipement de restauration collective suffisant pour maintenir les aliments froids périssables à des températures sécuritaires présente un risque de préjudice pour les personnes résidentes.

Sources : observations; entretiens avec un ou une AD et le ou la gestionnaire des services alimentaires. [000722]

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 31 juillet 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-Est

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

**ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 009 SERVICE DE
RESTAURATION ET DE COLLATION**

Problème de conformité n° 040 Ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154 (1) 2
de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 79 (1) 5) du Règl. de l'Ont. 246/22

Service de restauration et de collation

Paragraphe 79 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer offre un service de restauration et de collation qui comprend au minimum les éléments suivants :

5. Le service de la nourriture et des liquides à une température sûre et appétissante pour les résidents.

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

Plus précisément, le titulaire de permis doit veiller à ce qui suit :

1. Donner une formation de recyclage à un ou une AD en ce qui concerne les températures sûres de la nourriture; le contenu de la formation doit inclure la gamme des températures sûres, les méthodes permettant de garantir que la nourriture est transportée, maintenue et servie à une température sûre, ainsi que les mesures correctives à prendre en cas de lacunes. Ce recyclage doit être documenté et les renseignements consignés doivent inclure la date du recyclage et le nom de la personne l'ayant donné. La documentation doit être conservée et mise à la disposition de l'inspectrice ou de l'inspecteur sur demande.
2. Voir à ce que le ou la gestionnaire des services alimentaires, en collaboration avec le ou la Dt.P. et l'administrateur ou l'administratrice, veille à ce que le foyer soit doté d'un équipement de restauration collective suffisant pour transporter et maintenir des aliments froids périssables à une température sûre lors du service de restauration.
3. Effectuer des vérifications quotidiennes, y compris les fins de semaine et les jours fériés, pour veiller à ce que les aliments froids périssables soient transportés, maintenus et servis à une température sûre. Les vérifications doivent comprendre des observations dans les dépenses et dans toutes les salles à manger, pendant le

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

service de repas. Les vérifications doivent être effectuées par le ou la gestionnaire des services alimentaires ou d'autres membres de l'équipe de direction sur une base quotidienne pendant une période de quatre semaines. Les renseignements consignés sur toute vérification doivent inclure la date, le nom et le titre de la personne vérificatrice ainsi que toute mesure corrective prise en cas de manquement. Les documents relatifs aux vérifications doivent être conservés et mis à la disposition de l'inspectrice ou de l'inspecteur sur demande.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la nourriture soit servie à une température sûre et appétissante pour les personnes résidentes.

Justification et résumé

Une inspection proactive de la conformité (IPC) a été effectuée. Dans le cadre de l'IPC, il y a eu observation du service de restauration et les éléments suivants ont été constatés :

- Des aliments, notamment de la salade de chou, de la sauce tartare, du fromage ainsi que du cantaloup et des fraises à la texture modifiée, ont été gardés à température ambiante pendant le service d'un repas.

Un ou une aide en diététique (AD) a affirmé que les aliments devaient être maintenus à une température sûre. L'inspectrice a demandé à l'AD de relever la température de la salade de chou à la fin du service de repas, après la mise en place dans l'assiette du dernier repas des personnes résidentes. La température relevée par l'AD était de 16 degrés Celsius.

Le fait de ne pas veiller à ce que la nourriture soit servie à une température sûre présente un risque de préjudice pour les personnes résidentes et rend l'expérience moins agréable.

Sources : observations, examen des relevés de température des aliments et

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

entretiens avec un ou une AD et le ou la gestionnaire des services alimentaires.

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les liquides soient servis à une température sûre et appétissante pour les personnes résidentes.

Justification et résumé

Une inspection proactive de la conformité (IPC) a été effectuée. Dans le cadre de l'IPC, il y a eu observation du service de restauration et les éléments suivants ont été constatés :

- Du lait est resté à température ambiante lors d'un service de repas.

Un ou une AD a indiqué que le lait devait être conservé dans un bac froid isolé pendant le service de repas; l'AD a précisé que c'était le personnel infirmier qui avait sorti le lait et l'avait laissé à température ambiante. Le ou la gestionnaire des services alimentaires a confirmé que la nourriture et les liquides devaient être servis à une température sûre.

Le fait de ne pas veiller à ce que les liquides soient servis à une température sûre présente un risque de préjudice pour les personnes résidentes et rend l'expérience moins agréable.

Sources : observations; entretiens avec un ou une AD et le ou la gestionnaire des services alimentaires. [000722]

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le : 31 juillet 2024.

**ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 010 PROGRAMME DE
PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE DES INFECTIONS**

Problème de conformité n° 041 Ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154 (1) 2) de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 102 (2) b) 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-Est

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

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. Paragraphe 102 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

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

Plus précisément, le titulaire de permis doit veiller à ce qui suit :

1. Dans un délai d'une semaine à compter de la réception de cet ordre de conformité, effectuer des vérifications quotidiennes de l'hygiène des mains pendant une période de deux semaines, en visant notamment les services de restauration et de collation, afin de garantir que le personnel et les personnes résidentes respectent les normes d'hygiène des mains, comme requis. Donner de l'information et une formation sur place au personnel qui ne respecte pas les normes d'hygiène des mains et faire un suivi des résultats des vérifications réalisées afin de déterminer si les aspects de non-conformité concernent toujours les mêmes membres du personnel. L'équipe de direction s'occupe de ces vérifications. Les renseignements consignés doivent inclure le nom de la personne ayant effectué la vérification, toute constatation de non-conformité et les mesures correctives prises pour remédier à la non-conformité. Conserver un document des vérifications effectuées et le mettre à la disposition immédiate des inspecteurs sur demande.
2. Donner une formation de recyclage à quatre personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP) sur les moyens de rompre la transmission des infections et sur les quatre moments de l'hygiène des mains. La formation doit être documentée et les renseignements consignés doivent inclure la date de la formation, le nom et le rôle des membres du personnel, ainsi que le nom du formateur. Le document doit être conservé et mis à la disposition immédiate de l'inspectrice ou de l'inspecteur sur demande.
3. Communiquer avec l'ensemble du personnel de soins directs sur l'importance d'aider et de soutenir les personnes résidentes en ce qui a trait à l'hygiène des mains avant les repas et les collations. Cette communication doit être conservée et mise à la disposition de l'inspectrice ou de l'inspecteur sur demande.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

4. Veiller à ce que le ou la responsable de la PCI ou son représentant vérifie les notes sur l'infection concernant deux personnes résidentes pour voir à ce que les symptômes indiquant la présence d'une infection aient été inscrits au dossier à chaque quart de travail. Cette personne responsable effectue des vérifications au moins trois fois par semaine jusqu'à ce que l'ordre de conformité soit respecté ou satisfait. Un dossier des vérifications doit être conservé et les renseignements doivent inclure la date de la vérification, le nom de la personne vérificatrice, toutes les mesures prises en réponse aux déficiences constatées et la non-nécessité de laisser des notes sur l'infection, s'il y a lieu. Le registre doit être immédiatement mis à la disposition de l'inspecteur ou l'inspectrice qui en fait la demande.

Motifs

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les normes ou protocoles que délivre le directeur ou la directrice à l'égard de la prévention et du contrôle des infections soient suivis.

Conformément à l'article 9.1 de la Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée (révision en septembre 2023), le titulaire de permis doit veiller à ce que le personnel se conforme aux pratiques de base et aux précautions supplémentaires dans le programme de PCI. Au minimum, les pratiques de base doivent comporter l'hygiène des mains, notamment lors des quatre moments de l'hygiène des mains (avant de toucher à la personne résidente ou à son environnement et après un contact avec la personne résidente ou son environnement).

Justification et résumé

Une inspection proactive de la conformité (IPC) a été effectuée dans le cadre de laquelle il y a eu observation du service d'un repas. Au cours de cette période d'observation pendant le service de repas, un certain nombre de PSSP ont été vues en train d'utiliser des tablettes électroniques pour rendre compte du service aux tables, puis d'aider les personnes résidentes à prendre leur repas sans suivre la pratique d'hygiène des mains. Les PSSP ont été vues en train d'utiliser des tablettes

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

pendant toute la période d'observation du service de repas.

Le ou la responsable de la PCI et le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) ont indiqué que le foyer de soins de longue durée respecte les quatre moments de l'hygiène des mains; tous deux ont indiqué que les quatre moments de l'hygiène des mains comprenaient, sans s'y limiter, l'hygiène des mains avant et après tout contact avec la personne résidente ou son environnement. Le ou la DSI a dit que le personnel devrait voir à l'hygiène des mains après avoir utilisé sa tablette électronique et avant d'aider les personnes résidentes à prendre leur repas, tout comme d'aider les personnes résidentes entre les repas.

Le non-respect des normes ou des protocoles de PCI a exposé les personnes résidentes à des risques d'infection.

Sources : observations au cours de l'inspection et entretiens avec le personnel, le ou la responsable de la PCI et le ou la DSI. [000722]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les normes ou protocoles que délivre le directeur ou la directrice à l'égard de la prévention et le contrôle des infections soient mis en œuvre.

Conformément à la Norme de PCI pour les foyers de soins de longue durée (septembre 2023) et l'exigence supplémentaire à l'article 10.4, le titulaire de permis doit s'assurer que le programme d'hygiène des mains comprend également des politiques et des marches à suivre en tant que composantes du programme global de PCI, ainsi qu'un soutien aux personnes résidentes qui éprouvent de la difficulté à pratiquer l'hygiène des mains en raison d'une mobilité réduite, de troubles cognitifs ou autres.

Justification et résumé

Une IPC a été effectuée dans le cadre de laquelle il y a eu observation du service d'un repas. Aucun membre du personnel n'a été vu en train d'aider ou d'encourager les personnes résidentes à pratiquer l'hygiène des mains avant le service de repas, même si du rince-mains à base d'alcool était offert et pouvait être utilisé à l'entrée

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

de la salle à manger et sur les tables de la salle à manger.

Le ou la responsable de la PCI, un infirmier auxiliaire autorisé ou une infirmière auxiliaire autorisée (IAA) et le ou la DSI ont déclaré que le personnel devait aider et encourager les personnes résidentes à pratiquer l'hygiène des mains avant les repas.

Le fait que le personnel ne soutienne pas et n'encourage pas les personnes résidentes à pratiquer l'hygiène des mains avant les repas expose ces personnes à un risque de préjudice, plus précisément au risque de propagation de germes et d'agents potentiellement infectieux.

Sources : observations et entretiens avec le personnel, le ou la responsable de la PCI et le ou la DSI. [000722]

3. Le titulaire de permis n'a pas veillé à mettre en œuvre une norme que le directeur ou la directrice a délivrée à l'égard de la prévention et du contrôle des infections (PCI) en ce qui a trait l'étiquetage de l'équipement destiné aux soins des personnes résidentes.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à mettre en œuvre les pratiques de PCI liées à l'étiquetage de l'équipement non jetable destiné aux soins des personnes résidentes conformément à la Norme de PCI, révisée en septembre 2023. Plus précisément, le titulaire de permis doit définir la façon dont les politiques et les marches à suivre en matière de PCI seront mises en œuvre dans le foyer et respectées, conformément à l'exigence supplémentaire 5.5 de la Norme de PCI.

Justification et résumé

La politique du titulaire de permis en matière de remise en traitement (Reprocessing Policy ») stipule que l'équipement non jetable, y compris les peignes, doit être étiqueté et présenter le nom et la date de remplacement pour la durée du séjour de la personne résidente dans le foyer de soins de longue durée.

Lors de la visite initiale, deux peignes non étiquetés ont été vus dans les toilettes et

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

sur la table de nuit dans la chambre d'une personne résidente. Un harnais de transfert à l'étiquette usée a été vu au-dessus d'un lève-personne de transfert de position assise à debout à côté de la chambre d'une autre personne résidente.

L'entretien avec un ou une IAA indique que les articles personnels des personnes résidentes, tels que les peignes, devraient être étiquetés individuellement aux noms de ces personnes. L'entretien avec le ou la responsable de la PCI a révélé que le harnais de transfert appartenant à une personne résidente n'était pas étiqueté, mais qu'il devrait l'être au nom de la personne résidente.

Il existe un risque de transmission de micro-organismes par l'équipement non étiqueté destiné aux soins des personnes résidentes et d'autres produits personnels.

Sources : politique du titulaire de permis en matière de remise en traitement, observations, entretien avec le ou la responsable de la PCI et des membres du personnel. [704759]

4. Le titulaire de permis n'a pas assuré la conformité à la norme que le directeur ou la directrice a délivrée à l'égard de la prévention et du contrôle des infections (PCI) en ce qui a trait au nettoyage et à la désinfection de l'équipement destiné aux soins des personnes résidentes.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un membre du personnel suive le programme de prévention et de contrôle des infections relatif au nettoyage et à la désinfection de base de l'équipement destiné aux soins des personnes résidentes, conformément à la Norme de la PCI, révisée en septembre 2023. Plus précisément, l'utilisation de contrôles, et notamment des contrôles de l'environnement, y compris le nettoyage dans le cadre des pratiques de base, n'a pas été suivie comme le requiert l'exigence supplémentaire 9.1 de la Norme de PCI.

Justification et résumé

Deux PSSP ont été vues en train de sortir de la chambre d'une personne résidente d'où une affiche sur la porte précisait les précautions supplémentaires à prendre à

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

l'utilisation d'un lève-personne mécanique. Le lève-personne mécanique a été rangé dans une zone d'entreposage dans le hall à l'extérieur de la chambre de la personne résidente sans avoir été nettoyé ou désinfecté. Des lingettes désinfectantes sont disponibles dans un contenant jaune fixé au mur près de la chambre de la personne résidente.

Une PSSP a dit qu'elle fournissait des soins à une personne résidente nécessitant l'utilisation de tout le lève-personne mécanique. Elle a affirmé qu'elle voyait normalement à la désinfection du lève-personne mécanique après son utilisation, mais qu'elle ne l'avait pas fait à ce moment-là. La PSSP a immédiatement désinfecté le lève-personne mécanique. Le ou la responsable de la PCI a indiqué que le nettoyage du lève-personne mécanique entre deux utilisations auprès de personnes résidentes faisait partie des exigences attendues et que le lève-personne devait être nettoyé avant d'être utilisé avec une nouvelle personne résidente.

Il y a eu un risque de transmission de micro-organismes lorsqu'un membre du personnel n'a pas procédé au nettoyage et à la désinfection de base de l'équipement destiné aux soins d'une personne résidente.

Sources : observations, entretiens avec le personnel et le ou la responsable de la PCI. [704759]

5. Le titulaire de permis n'a pas veillé à mettre en œuvre une norme que le directeur ou la directrice a délivrée à l'égard de la prévention et du contrôle des infections (PCI) en ce qui a trait à la conformité au programme d'hygiène des mains à appliquer auprès des personnes résidentes.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'aide soit fournie aux personnes résidentes relativement à l'hygiène des mains avant les collations conformément à la Norme de PCI, révisée en septembre 2023. Plus précisément, le titulaire de permis doit s'assurer que le programme d'hygiène des mains comporte du soutien à l'intention des personnes résidentes en matière de soins des mains et qu'il est conforme à l'exigence supplémentaire 10.2 sur le programme d'hygiène des mains de la Norme de PCI.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Justification et résumé

La politique du titulaire de permis sur les normes d'hygiène des mains (Hand Hygiene Standards) vise à orienter l'élaboration d'un programme efficace d'hygiène des mains afin de protéger tous les employés, les personnes résidentes et les visiteurs contre la propagation évitable d'infections et de maladies transmissibles. La politique stipule que les mains des personnes résidentes doivent être nettoyées avant que toute aide soit fournie lors des repas ou des collations.

Deux personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP) ont été vues en train de préparer les rafraîchissements du matin; elles n'ont pas offert aux personnes résidentes de pratiquer l'hygiène des mains avant la distribution des collations. Plus tard dans l'après-midi, trois PSSP ont été vues en train de distribuer le contenu du chariot de rafraîchissements, mais n'ont pas offert aux personnes résidentes de pratiquer l'hygiène des mains.

L'entretien avec une personne résidente a indiqué qu'on ne lui offrait pas de l'aide avec l'hygiène des mains lors des collations, mais qu'elle recevait de l'aide lors des repas avec le rince-mains à base d'alcool. L'entretien avec une PSSP a montré qu'aucune aide à l'hygiène des mains n'était offerte aux résidents pendant le service de collations. Lors d'entretien avec le ou la responsable de la PCI, il a été su que les personnes résidentes étaient censées recevoir du soutien à l'hygiène des mains avant le service de rafraîchissement et de collation.

Il y a eu un risque de transmission de micro-organismes par l'absence d'offre d'aide aux personnes résidentes concernant l'hygiène des mains avant la prise de collations.

Sources : politique sur les normes d'hygiène des mains, entretiens avec une personne résidente, une PSSP et le ou la responsable de la PCI. [704759]

6. Le titulaire de permis n'a pas veillé à la mise en œuvre des normes ou protocoles que le directeur ou la directrice a délivrés à l'égard de la prévention et du contrôle des infections.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Plus précisément, le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que deux symptômes constatés chez une personne résidente qui indiquaient la présence d'une infection soient consignés à chaque quart de travail, comme le requiert l'exigence supplémentaire 3.1 b) de la Norme de PCI.

Justification et résumé

L'examen du dossier médical d'une personne résidente a révélé qu'à une date précise, la personne résidente a été évaluée et présentait des symptômes particuliers indiquant la présence d'une infection. La personne résidente avait des antécédents d'infections spécifiques récurrentes. Au cours des jours suivants, la personne résidente a présenté des symptômes indiquant la présence de l'infection spécifiée et le personnel a prélevé un échantillon particulier sur la personne résidente aux fins de dépistage. Il n'y a pas de renseignements consignés sur la surveillance de l'infection à chaque quart de travail à partir des symptômes particuliers. Le personnel a commencé à consigner des renseignements sur la surveillance de l'infection de la peau un certain nombre de jours plus tard.

L'examen du dossier médical d'une autre personne résidente a montré qu'à une date précise, cette personne présentait des symptômes indiquant la présence d'une infection. Le lendemain, la personne résidente présentait d'autres nouveaux symptômes indiquant la présence d'une infection. Le même jour, le personnel a pris un échantillon chez la personne résidente aux fins de dépistage. Selon les notes cliniques sur la personne résidente, les notes relatives à l'infection spécifique ont commencé à être consignées seulement plusieurs jours plus tard, c'est-à-dire le jour où le foyer a reçu les résultats du test.

Un infirmier auxiliaire autorisé ou une infirmière auxiliaire autorisée (IAA) a affirmé que la surveillance des symptômes d'infection chez les personnes résidentes se faisait de quart en quart et qu'elle était consignée dans les notes d'infection ainsi que dans le formulaire de suivi quotidien des signes et symptômes d'infection. Le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) a déclaré que le personnel est censé consigner les symptômes d'infection à chaque quart, dès que les symptômes ont été signalés.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que les symptômes d'infection de personnes résidentes soient consignés à chaque quart de travail risque d'influer sur la rapidité d'intervention auprès des personnes résidentes.

Sources : dossier médical clinique des personnes résidentes concernées, formulaire de suivi quotidien des signes et symptômes d'infection, entretiens avec le personnel et le ou la DSI. [704759]

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le : 31 juillet 2024,

Un avis de pénalité administrative est délivré dans le cadre du présent ordre de conformité n° 001.

AVIS DE PÉNALITÉ ADMINISTRATIVE (APA)

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la LRSLD (2021).

Avis de pénalité administrative n° 001**Lié à l'ordre de conformité (OC) n° 010**

En vertu de l'article 158 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*, le titulaire de permis doit payer une pénalité administrative de 11 000 \$, à verser dans les 30 jours suivant la date de la facture.

Conformément aux paragraphes 349 (6) et (7) du Règl. de l'Ont. 246/22, cette pénalité administrative est infligée parce que le titulaire de permis n'a pas respecté une exigence, qui a donné lieu à un ordre de conformité en vertu de l'article 155 de la Loi et que, au cours des trois années précédant immédiatement la date d'émission de l'ordre en vertu de l'article 155, le titulaire de permis n'a pas respecté la même exigence.

Historique de la conformité :

Le titulaire de permis a fait l'objet d'un avis de non-conformité en vertu de l'alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22 au cours des 36 derniers mois. Des problèmes de conformité ont été délivrés comme suit : un ordre de conformité (OC), aux termes du rapport d'inspection n° 2024-1069-0001, produit le 15 février 2024; un OC aux termes du rapport d'inspection n° 2023-1069-0003, alinéa 102 (2) b) du Règl.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

de l'Ont. 246/22, produit le 24 octobre 2023 et un avis écrit relatif à au rapport d'inspection n° 2023-1069-0002, alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, produit le 13 juillet 2023.

Il s'agit de la seconde pénalité administrative délivrée à l'encontre du titulaire de permis pour le non-respect de l'exigence en question.

La facture et les renseignements relatifs au paiement seront envoyés séparément par courrier après la notification du présent avis.

Le titulaire de permis ne doit pas payer un APA au moyen d'une enveloppe pour les soins aux personnes résidentes fournie par le ministère [c.-à-d. soins infirmiers et personnels (SIP); services de programmes et de soutien (SPS); et aliments crus (AC)]. En soumettant un paiement au ministre des Finances, le titulaire de permis atteste qu'il a utilisé des fonds ne faisant pas partie de l'enveloppe pour les soins aux personnes résidentes afin de payer l'APA.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

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.

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

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

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 suivants, 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;
- (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'une inspectrice ou 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 suivants 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

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

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.