

Rapport public initial

Date d'émission du rapport : 2 octobre 2024

Numéro d'inspection : 2024-1103-0003

Type d'inspection :

Inspection proactive de la conformité

Titulaire de permis : Revera Long Term Care Inc.

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 3 au 6 et du 9 au 13 septembre 2024

L'inspection concernait :

- Le dossier : n° 00124884 – Inspection proactive de la conformité

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

Gestion des médicaments

Alimentation, nutrition et hydratation

Foyer sûr et sécuritaire

Amélioration de la qualité

Soins palliatifs

Gestion de la douleur

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

Personnel, formation et normes de soins

Droits et choix des personnes résidentes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

Problème de conformité corrigé

Un **problème de conformité** a été constaté lors de cette inspection et a été **corrigé** par le titulaire de permis avant la conclusion de l'inspection. L'inspecteur ou l'inspectrice a estimé que le non-respect répondait à l'intention du paragraphe 154 (2) et ne nécessitait aucune autre mesure.

Non-respect n° 001 rectifié conformément aux termes du paragraphe 154 (2) de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 6 (2) de la LRSLD (2021)

Programme de soins

Paragraphe 6 (2) Le titulaire de permis veille à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fondés sur une évaluation du résident et de ses besoins et préférences.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fondés sur une évaluation de la personne résidente et de ses besoins et préférences.

Justification et résumé

Une personne résidente a été observée en train de déroger à son programme de soins en matière d'hydratation, ce qui a été confirmé par le personnel.

Le personnel a déclaré que la personne résidente préférerait boire les liquides à un moment précis de la journée.

Le foyer a déclaré qu'il n'y avait aucun risque pour la personne résidente de boire les liquides prévus à l'heure de son choix.

Sources : observation d'une personne résidente, dossiers cliniques et entretiens avec le personnel.

Date de la rectification apportée : 9 septembre 2024

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage
Waterloo (Ontario) M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

Non-respect n° 002 rectifié conformément aux termes du paragraphe 154 (2) 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

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

Justification et résumé

Une personne résidente a été observée en train d'utiliser un dispositif d'aide à l'alimentation différent de celui précisé dans son programme de soins.

Le personnel a déclaré que la personne résidente utilisait ce dispositif depuis un certain temps et a révisé son programme de soins.

Sources : observation d'une personne résidente, dossiers cliniques et entretiens avec le personnel.

Date de la rectification apportée : 9 septembre 2024

AVIS ÉCRIT : Déclaration des droits des résidents

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

Non-respect du : sous-alinéa 3 (1) 19. iv. de la LRSLD (2021)

Déclaration des droits des résidents

Paragraphe 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 :

19. Le résident a le droit :

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage
Waterloo (Ontario) M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

iv. de voir respecter, conformément à la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé*, le caractère confidentiel de ses renseignements personnels sur la santé au sens de cette loi et d'avoir accès à ses dossiers de renseignements personnels sur la santé, y compris son programme de soins, conformément à cette loi.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que chaque personne résidente ait le droit de voir respecter, conformément à la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé*, le caractère confidentiel de ses renseignements personnels sur la santé au sens de cette loi et d'avoir accès à ses dossiers de renseignements personnels sur la santé, y compris à son programme de soins, conformément à cette loi.

Justification et résumé

Le procès-verbal de la réunion du comité consultatif professionnel (CCP) du foyer indique qu'une personne résidente et un membre de sa famille étaient présents. Les documents présentés lors des réunions du CCP fournissent les noms de personnes résidentes bien précises et des renseignements personnels sur la santé.

Une personne résidente a déclaré avoir participé aux réunions du CCP avec sa famille, ce qui a été confirmé par le foyer.

Il y avait un risque d'accès non autorisé aux renseignements personnels sur la santé lorsque ces renseignements ont été présentés lors des réunions du CCP en présence d'une personne résidente et d'un membre de sa famille.

Sources : procès-verbaux des réunions du CCP, entretiens avec des personnes résidentes et le personnel.

AVIS ÉCRIT : Portes dans le foyer

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

Non-respect de : l'alinéa 12 (1) 3) du Règl. de l'Ont. 246/22

Portes dans le foyer

Paragraphe 12 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage
Waterloo (Ontario) M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

respect des règles suivantes :

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que toutes les portes donnant sur les aires non résidentielles soient gardées fermées et verrouillées quand elles ne sont pas supervisées par le personnel.

Justification et résumé

Il a été constaté que les portes donnant sur les valves de gicleurs ne faisaient l'objet d'aucune surveillance et n'étaient pas verrouillées. Aucune personne résidente n'était présente dans la zone au moment de la constatation.

Le personnel a déclaré que les portes donnant sur les valves de gicleurs devaient être verrouillées lorsqu'elles ne faisaient l'objet d'aucune surveillance.

Il y avait un risque accru de blessure pour les résidents lorsque ces portes n'étaient pas verrouillées.

Sources : observations de l'unité et entretiens avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Service de restauration et de collation

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

Le titulaire de permis n'a pas respecté sa politique en matière de température 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 de Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage
Waterloo (Ontario) M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

aliments au point de service afin de garantir que la nourriture et les liquides sont servis à une température sûre et appétissante pour les personnes résidentes.

Conformément à l'alinéa 11 (1) (b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le préposé ou la préposée au service d'alimentation était tenu de prendre et d'enregistrer les températures des aliments au menu pour tous les types de régimes et textures de plats, puis de les consigner dans le registre quotidien des températures du service des repas et dans le logiciel des menus au point de service.

En particulier, le personnel n'a pas respecté la politique du foyer en matière de température de la nourriture, qui exige que les préposés au service d'alimentation vérifient la température de toute la nourriture avant le repas.

Justification et résumé

Il manquait des lectures de température dans les registres de température de la nourriture à des dates précises.

Le foyer a confirmé que sa politique n'avait pas été respectée.

Le fait de ne pas prendre la température de la nourriture avant le service d'un repas a entraîné le risque que de la nourriture soit servie aux personnes résidentes à une température non sûre ni appétissante.

Sources : observations du service de repas du midi, registres des températures de la nourriture, politique du foyer, liste de contrôle des températures de la nourriture du foyer de soins de longue durée (31 mars 2024) et entretien avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Service de restauration et de collation

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

Non-respect de : l'alinéa 79 (1) 9) 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 :

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage
Waterloo (Ontario) M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les membres du personnel utilisent des techniques adéquates lorsqu'ils aident des personnes résidentes à s'alimenter.

Justification et résumé

Lors de l'observation d'un repas, un membre du personnel a été vu en position debout alors qu'il aidait une personne résidente à s'alimenter.

Le personnel a reconnu que le fait d'aider une personne résidente à s'alimenter en position debout provoquait une hyperextension du cou de cette personne, ce qui augmentait le risque d'étouffement et d'aspiration.

Le foyer a confirmé que le personnel doit être assis lorsqu'il aide les personnes résidentes à s'alimenter pendant un repas.

Le fait de ne pas utiliser les techniques d'alimentation adéquates dans l'aide fournie à une personne résidente durant les repas augmente le risque d'étouffement chez cette personne.

Sources : observation d'un repas, dossiers cliniques d'une personne résidente et entretiens avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Évaluation trimestrielle

Problème de conformité n° 007 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 124 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Évaluation trimestrielle

Paragraphe 124 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les membres d'une équipe interdisciplinaire, devant notamment comprendre le directeur médical, l'administrateur du foyer, le directeur des soins infirmiers et des soins personnels et le fournisseur de services pharmaceutiques, se rencontrent au moins une fois tous les trois mois pour évaluer l'efficacité du système de gestion des médicaments au foyer et recommander les modifications à y apporter pour l'améliorer. Paragraphe 124 (1) 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 de Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage
Waterloo (Ontario) M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée n'a pas veillé à ce que les membres d'une équipe interdisciplinaire, devant notamment comprendre le directeur médical ou la directrice médicale, l'administrateur ou l'administratrice du foyer, le directeur ou la directrice des soins infirmiers et des soins personnels et le fournisseur de services pharmaceutiques, se rencontrent au moins une fois tous les trois mois pour évaluer l'efficacité du système de gestion des médicaments au foyer et recommander les modifications à y apporter pour l'améliorer.

Justification et résumé

Lors de l'inspection, le foyer n'a pas été en mesure de présenter une évaluation trimestrielle du programme de gestion des médicaments en 2023.

Le foyer a dit qu'il organisait des réunions trimestrielles avec le comité consultatif professionnel (CCP) et une évaluation annuelle du programme de gestion des médicaments, mais qu'il n'y a eu aucune évaluation trimestrielle en 2023.

Il existe donc un risque que l'efficacité du système de gestion des médicaments du foyer ne soit pas évaluée, car les évaluations trimestrielles n'ont pas été réalisées.

Sources : évaluation annuelle du programme et entretien avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Évaluation annuelle

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

Non-respect du : paragraphe 125 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Évaluation annuelle

Paragraphe 125 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les membres d'une équipe interdisciplinaire, laquelle doit notamment comprendre le directeur médical, l'administrateur du foyer, le directeur des soins infirmiers et des soins personnels, le fournisseur de services pharmaceutiques et un diététiste agréé faisant partie du personnel du foyer, se rencontrent chaque année pour évaluer l'efficacité du système de gestion des médicaments au foyer et recommander les modifications à y apporter pour l'améliorer.

Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée n'a pas veillé à ce que les

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage
Waterloo (Ontario) M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

membres d'une équipe interdisciplinaire, laquelle doit notamment comprendre le directeur médical ou la directrice médicale, l'administrateur ou l'administratrice du foyer, le directeur ou la directrice des soins infirmiers et des soins personnels, le fournisseur de services pharmaceutiques et un diététiste agréé ou une diététiste agréée faisant partie du personnel du foyer, se rencontrent chaque année pour évaluer l'efficacité du système de gestion des médicaments au foyer et recommander les modifications à y apporter pour l'améliorer.

Justification et résumé

L'évaluation du programme de gestion des médicaments du foyer de 2023 indique que le directeur médical ou la directrice médicale, le fournisseur de services pharmaceutiques et le diététiste professionnel ou la diététiste professionnelle (Dt.P.) du foyer n'ont pas été inclus comme membres du comité.

Le foyer a déclaré avoir réalisé l'évaluation du programme de gestion des médicaments de 2023 en collaboration avec le directeur général ou la directrice générale du foyer uniquement. Le foyer a déclaré que le directeur médical ou la directrice médicale, le pharmacien ou la pharmacienne et le ou la Dt.P. n'avaient pas participé à l'évaluation annuelle du programme de gestion des médicaments.

Il y a eu donc un risque que le programme de gestion des médicaments du foyer ne soit pas mis à jour, conformément à la réglementation et aux normes d'exercice, car l'évaluation annuelle du programme n'a pas été réalisée avec une équipe interdisciplinaire.

Sources : évaluation annuelle du programme et entretien avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Sécurité de la réserve de médicaments

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

Non-respect du : paragraphe 139 1 du Règl. de l'Ont. 246/22

Sécurité de la réserve de médicaments

Article 139 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que des mesures soient prises pour assurer la sécurité de la réserve de médicaments, notamment les suivantes :

1. Tous les endroits où sont entreposés des médicaments sont gardés verrouillés en tout temps quand ils ne sont pas utilisés.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les médicaments soient entreposés dans un endroit ou un chariot à médicaments sûrs et verrouillés qui servent exclusivement à entreposer les médicaments et les fournitures connexes.

Justification et résumé

Un chariot de traitement non verrouillé a été laissé sans surveillance dans une unité du foyer. L'inspecteur ou l'inspectrice a ouvert le chariot et a eu accès aux pansements et aux crèmes médicamenteuses sous ordonnances des personnes résidentes.

Le foyer a déclaré que le personnel devait verrouiller les chariots à médicaments et de traitement lorsqu'ils étaient laissés sans surveillance.

Le fait que le personnel du foyer ne verrouille pas le chariot de traitement lorsque celui-ci est laissé sans surveillance a augmenté le risque d'accès non autorisé aux médicaments qui y sont entreposés.

Sources : observations de l'unité et entretiens avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Incidents liés à des médicaments et réactions indésirables à des médicaments

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

Non-respect de : l'alinéa 147 (1) (b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Incidents liés à des médicaments et réactions indésirables à des médicaments
Paragraphe 147 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque incident lié à un médicament et mettant en cause un résident, chaque réaction indésirable à un médicament, chaque utilisation de glucagon, chaque incident d'hypoglycémie grave et chaque incident d'hypoglycémie 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 de Toronto

5700, rue Yonge, 5^e étage
Waterloo (Ontario) M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

répondant pas à un traitement et mettant en cause un résident soient :

(b) signalés au résident, à son mandataire spécial, s'il en a un, au directeur des soins infirmiers et des soins personnels, au directeur médical, au médecin traitant du résident ou à l'infirmière autorisée ou l'infirmier autorisé de la catégorie supérieure traitant le résident et, le cas échéant, au prescripteur et au fournisseur de services pharmaceutiques. Article 30 du Règl. de l'Ont. 66/23

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que chaque incident lié à un médicament mettant en cause un résident et chaque réaction indésirable à un médicament soient signalés au résident, à son mandataire spécial, s'il en a un, au directeur médical ou à la directrice médicale, au prescripteur, au médecin traitant ou à l'infirmière autorisée ou l'infirmier autorisé de la catégorie supérieure qui traite la personne résidente.

Justification et résumé

1) Un rapport d'incident lié à des médicaments indique qu'une personne résidente n'a pas pris son médicament contre la douleur à une date précise.

2) Un rapport d'incident lié à des médicaments indique qu'une personne résidente n'a pas pris ses médicaments de nuit et de jour à des dates précises.

Les deux rapports d'incident ne précisait pas que les personnes résidentes, les mandataires spéciaux et les médecins traitants avaient été informés des incidents liés à des médicaments.

Le foyer a déclaré que les deux personnes résidentes, les mandataires spéciaux et les médecins traitants n'ont pas été informés des incidents liés à des médicaments.

Il s'agit d'une occasion manquée de réduire les effets des erreurs de médication lorsque des personnes résidentes, les mandataires spéciaux désignés et les médecins traitants ne sont pas informés des incidents liés à des médicaments.

Sources : rapports d'incidents liés à des médicaments et entretien avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Qualité

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

Non-respect de : l'alinéa 166 (2) 8) du Règl. de l'Ont. 246/22

Comité d'amélioration constante de la qualité

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

8. Au moins un employé du titulaire du permis qui a été embauché comme préposé aux services de soutien personnel ou pour fournir de tels services au foyer et qui satisfait aux qualités des préposés aux services de soutien personnel visés à l'article 52.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le comité d'amélioration constante de la qualité soit composé d'au moins un employé qui a été embauché comme personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP).

Justification et résumé

La liste des participants fournie dans le procès-verbal de réunion du CCP à des dates précises n'indique pas la présence d'une PSSP au sein du comité.

Le foyer a déclaré que le CCP agissait comme comité d'amélioration constante de la qualité du foyer et a confirmé qu'il n'y avait pas de PSSP au sein de celui-ci.

Sources : procès-verbal de réunion du CCP et entretien avec le personnel.