

**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 London**

130, avenue Dufferin, 4<sup>e</sup> étage  
London ON N6A 5R2  
Téléphone : 800 663-3775

## Rapport public initial

**Date d'émission du rapport :** 23 décembre 2024

**Numéro d'inspection :** 2024-1459-0007

**Type d'inspection :**

Inspection proactive de la conformité

**Titulaire de permis :** St. Joseph's Health System

**Foyer de soins de longue durée et ville :** St. Joseph's Lifecare Centre, Brantford

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : les 14, 15, 18, 19, 21, 22, 25, 26, 27, 28 et 29 novembre 2024

L'inspection a eu lieu à l'extérieur aux dates suivantes : les 20 et 27 novembre 2024 et les 2 et 3 décembre 2024

L'inspection concernait :

- Demande n° 00131186 – Inspection proactive de la conformité – 2024

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

- Alimentation, nutrition et hydratation
- Gestion des médicaments
- Foyer sûr et sécuritaire
- Amélioration de la qualité
- Soins palliatifs
- Gestion de la douleur
- Prévention et gestion relatives aux soins de la peau et des plaies
- Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
- Conseils des résidents et des familles
- Prévention et 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 de London**

130, avenue Dufferin, 4<sup>e</sup> étage  
London ON N6A 5R2  
Téléphone : 800 663-3775

Prévention des mauvais traitements et de la négligence  
Comportements réactifs  
Normes de dotation, de formation et de soins  
Droits et choix des personnes résidentes

**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 London**

130, avenue Dufferin, 4<sup>e</sup> étage  
London ON N6A 5R2  
Téléphone : 800 663-3775

## 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 fin de l'inspection. L'inspectrice ou l'inspecteur a estimé que le problème de conformité répondait à l'intention du paragraphe 154 (2) et ne nécessitait pas d'action supplémentaire.

Problème de conformité n° 001 Corrigé en vertu du paragraphe 154 (2) de la *LRSLD* (2021).

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

Affichage des renseignements

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

c) la politique du foyer de soins de longue durée visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la politique du foyer de soins de longue durée visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes soit affichée dans un endroit bien en vue et facile d'accès du foyer et d'une façon conforme aux exigences éventuelles qu'établissent les règlements.

#### **Justification et résumé**

Lors de la visite initiale du foyer, la politique visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes n'était pas affichée dans un endroit bien en vue et facile d'accès. L'administrateur a déclaré que cette politique était affichée à l'intention du personnel derrière une porte fermée à clé, près du magasin. La politique en matière de mauvais traitements

**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 London**

130, avenue Dufferin, 4<sup>e</sup> étage  
London ON N6A 5R2  
Téléphone : 800 663-3775

a été vue dans un cartable derrière une porte fermée à clé, dont l'accès est réservé au personnel. La politique visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes a par la suite été affichée sur le tableau d'information des familles, situé au niveau principal du foyer, près des ascenseurs.

**Sources :** Observations et entretiens avec le personnel.

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : le 26 novembre 2024

Problème de conformité n° 002 Corrigé en vertu du paragraphe 154 (2) de la *LRSLD* (2021).

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

Affichage des renseignements

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

r) une explication des protections qu'offre l'article 30;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les explications du foyer de soins de longue durée sur la protection des dénonciateurs soient affichées dans un endroit bien en vue et facile d'accès du foyer et d'une façon conforme aux exigences éventuelles qu'établissent les règlements.

**Justification et résumé**

Lors de la visite initiale du foyer, la politique visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes n'était pas affichée dans un endroit bien en vue et facile d'accès. L'administrateur a déclaré que la protection des dénonciateurs était documentée dans le cadre de la politique visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements 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 de London**

130, avenue Dufferin, 4<sup>e</sup> étage  
London ON N6A 5R2  
Téléphone : 800 663-3775

de négligence envers les personnes résidentes et qu'elle était affichée à l'intention du personnel derrière une porte fermée à clé, près du magasin. La politique en matière de mauvais traitements a été vue dans un cartable derrière une porte fermée à clé, dont l'accès est réservé au personnel. La politique visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes a par la suite été affichée sur le tableau d'information des familles, situé au niveau principal du foyer, près des ascenseurs.

**Sources :** Observations et entretiens avec le personnel.

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : le 26 novembre 2024

Problème de conformité n° 003 Corrigé en vertu du paragraphe 154 (2) de la *LRSLD* (2021).

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

Affichage des renseignements

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

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les renseignements qui doivent être affichés dans le foyer et communiqués aux personnes résidentes comprennent la version en vigueur de la politique concernant les visiteurs.

**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 de London**

130, avenue Dufferin, 4<sup>e</sup> étage  
London ON N6A 5R2  
Téléphone : 800 663-3775

Lors de la visite initiale du foyer, la version en vigueur de la politique concernant les visiteurs n'était pas affichée dans un endroit bien en vue et facile d'accès.

L'administrateur a confirmé que la politique en vigueur concernant les visiteurs devait être affichée et déclaré qu'elle figurerait sur le tableau d'information des familles au niveau principal du foyer, près des ascenseurs. On a observé que la politique concernant les visiteurs avait bien été affichée.

**Sources :** Observations et entretiens avec le personnel.

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : le 26 novembre 2024

## **AVIS ÉCRIT : Déclaration des droits des résidents**

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

### **Non-respect : de la disposition 3 du paragraphe 3 (1) de la *LRS LD* (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 :

3. Le résident a droit au respect de sa participation à la prise de décisions.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente ait droit au respect de sa participation à la prise de décisions.

### **Justification et résumé**

Les dossiers de santé indiquaient que la douleur d'une personne résidente avait fait l'objet d'une évaluation de la douleur dans les cas de démence avancée (PAINAD), mais qu'aucune autre évaluation de la douleur n'avait été effectuée.

**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 London**

130, avenue Dufferin, 4<sup>e</sup> étage  
London ON N6A 5R2  
Téléphone : 800 663-3775

La personne résidente a pu s'entretenir de manière claire avec l'inspectrice ou l'inspecteur, en donnant des détails sur elle-même et sur sa douleur. Un membre du personnel infirmier autorisé a déclaré que la personne résidente était généralement capable d'articuler et de verbaliser sa douleur de manière adéquate et qu'au lieu de procéder à une évaluation PAINAD, on aurait dû utiliser une échelle numérique d'évaluation de la douleur fondée sur les informations (comme l'emplacement, le type, etc.) obtenues auprès d'elle.

La personne résidente n'a pas eu droit au respect de sa participation verbale à l'évaluation de sa douleur et à la prise de décisions qui s'en est suivie, lorsqu'une évaluation PAINAD a été effectuée.

**Sources :** Dossiers de santé de la personne résidente, entretiens avec la personne résidente et avec le personnel.

## **AVIS ÉCRIT : Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas**

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

### **Non-respect : de la disposition 2 du paragraphe 28 (1) de la *LRSLD* (2021)**

Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

Paragraphe 28 (1) Quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner que l'un ou l'autre des cas suivants s'est produit ou peut se produire fait immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et communique les renseignements sur lesquels ils sont fondés :

2. Les mauvais traitements infligés à un résident par qui que ce soit ou la négligence envers un résident de la part du titulaire de permis ou du personnel, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident.

**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 London**

130, avenue Dufferin, 4<sup>e</sup> étage  
London ON N6A 5R2  
Téléphone : 800 663-3775

Le titulaire de permis n'a pas veillé à signaler immédiatement au directeur un cas présumé de mauvais traitements infligés à une personne résidente par qui que ce soit ou la négligence envers une personne résidente de la part du titulaire de permis ou du personnel, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice à la personne résidente.

**Justification et résumé**

Lors d'un entretien, un membre du personnel a relaté un incident au cours duquel il avait observé un cas présumé de mauvais traitements infligés par un membre du personnel à une personne résidente. Le membre du personnel a indiqué qu'il avait immédiatement signalé l'incident et participé ensuite à une réunion sur le sujet avec le responsable des ressources humaines.

Le responsable des ressources humaines et le directeur des soins n'ont trouvé aucun document relatif à l'incident signalé par le membre du personnel. Lors de la recherche dans le Système de rapports d'incidents critiques, aucun résultat n'a été trouvé concernant le membre du personnel ou la personne résidente en question.

Puisqu'un cas présumé de mauvais traitements envers une personne résidente n'a pas été immédiatement signalé au directeur, une inspectrice ou un inspecteur n'a pu traiter l'incident de manière appropriée pour garantir le respect des exigences prévues par la Loi.

**Sources :** Entretiens avec la personne résidente et avec le personnel, dossiers de santé de la personne résidente.

**AVIS ÉCRIT : Obligation de répondre**

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

130, avenue Dufferin, 4<sup>e</sup> étage  
London ON N6A 5R2  
Téléphone : 800 663-3775

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

Pouvoirs du conseil des résidents

Paragraphe 63 (3) Si le conseil des résidents l'a informé de sujets de préoccupation ou de recommandations en vertu de l'une ou l'autre des dispositions 6 ou 8 du paragraphe (1), le titulaire de permis lui répond par écrit au plus tard 10 jours après avoir été informé de ces sujets de préoccupation ou recommandations.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à répondre par écrit au conseil des résidents au plus tard 10 jours après avoir été informé par ce dernier, le cas échéant, de sujets de préoccupation ou de recommandations.

**Justification et résumé**

Les procès-verbaux des réunions du conseil des résidents font état de multiples préoccupations à différentes dates.

La personne chargée de la liaison avec le conseil des résidents a confirmé que son rôle était d'aider les personnes résidentes à organiser les réunions, de rédiger les procès-verbaux et d'obtenir des réponses aux questions du conseil, lesquelles doivent être adressées au service ou au responsable compétent. La personne chargée de la liaison a confirmé que de nombreuses préoccupations avaient été soulevées lors des réunions du conseil des résidents, mais que celui-ci n'a pas obtenu de réponse par écrit au plus tard 10 jours après avoir communiqué ses préoccupations.

Le vice-président du conseil des résidents a confirmé que la personne chargée de la liaison avec le conseil avait procédé à la saisie du procès-verbal de la réunion et transmis les préoccupations à la direction, mais que la réponse, qui devait être reçue dans les 10 jours, n'a pas été formulée par écrit. Aucun document n'a 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 de London**

130, avenue Dufferin, 4<sup>e</sup> étage  
London ON N6A 5R2  
Téléphone : 800 663-3775

d'établir qu'une réponse avait été formulée dans les 10 jours suivant la réception des préoccupations soulevées par le conseil des résidents.

**Sources :** Procès-verbaux de réunions du conseil des résidents; entretien avec le président et le vice-président du conseil des résidents; entretiens avec le personnel.

### **AVIS ÉCRIT : Obligation de répondre**

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

#### **Non-respect : du paragraphe 66 (3) de la *LRSLD* (2021)**

Pouvoirs du conseil des familles

Paragraphe 66 (3) Si le conseil des familles l'a informé de sujets de préoccupation ou de recommandations en vertu de l'une ou l'autre des dispositions 8 ou 9 du paragraphe (1), le titulaire de permis lui répond par écrit au plus tard 10 jours après avoir été informé de ces sujets de préoccupation ou recommandations.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à répondre par écrit au conseil des familles au plus tard 10 jours après avoir été informé par ce dernier, le cas échéant, de sujets de préoccupation ou de recommandations.

#### **Justification et résumé**

Les procès-verbaux des réunions mensuelles du conseil des familles font état de plusieurs préoccupations; les procès-verbaux des réunions des mois suivants contiennent les mesures de suivi concernant les préoccupations antérieures.

La personne chargée de la liaison avec le conseil des familles a confirmé que son rôle était de communiquer les préoccupations, les plaintes ou les félicitations du conseil au service ou au responsable compétent, qui doit répondre par courrier électronique au secrétaire du conseil des familles dans les 10 jours ouvrables

**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 London**

130, avenue Dufferin, 4<sup>e</sup> étage  
London ON N6A 5R2  
Téléphone : 800 663-3775

suyant la réception de la communication. Le secrétaire ajoute ensuite les réponses au procès-verbal de la réunion. La personne chargée de la liaison avec le conseil des familles a confirmé que la réponse écrite avait été reçue par le conseil des familles plus de 10 jours suivant la communication des préoccupations soulevées dans plusieurs réunions mensuelles, les personnes qui les ont reçues n'ayant pas répondu dans le délai imparti.

**Sources :** Procès-verbaux de réunions du conseil des familles; entretien avec le président du conseil des familles; entretiens avec le personnel.

**AVIS ÉCRIT : Température ambiante**

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

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

Température ambiante

Paragraphe 24 (3) La température qui doit être mesurée en application du paragraphe (2) est consignée au moins une fois le matin, une fois l'après-midi, entre 12 h et 17 h, et une fois le soir ou la nuit.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à consigner, une fois le soir ou la nuit, la température qui doit être mesurée en application du paragraphe 24 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22.

**Justification et résumé**

La mesure et la consignation de la température ambiante le soir ou la nuit devaient être effectuées par le personnel infirmier du quart de nuit. Les registres de température concernant une période donnée ne comprenaient que 24 des 154 relevés de la température devant être consignés au cours de cette période. On ne sait pas si la température a été mesurée le soir ou la nuit avant cette période. 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 de London**130, avenue Dufferin, 4<sup>e</sup> étage  
London ON N6A 5R2  
Téléphone : 800 663-3775

personnel d'entretien ménager de chaque unité devait mesurer et consigner la température ambiante pendant le quart de jour. Plusieurs semaines de registres manquaient, et un certain nombre de jours ne comportaient aucune documentation. Un membre du personnel d'entretien ménager a consigné la température de la salle du matériel souillé et déclaré ne plus mesurer la température de la salle à manger parce qu'elle était généralement supérieure d'environ cinq degrés à celle du reste de l'unité. Le gestionnaire des services environnementaux a indiqué qu'il avait examiné la documentation pour s'assurer qu'elle avait été remplie et qu'aucune température hors norme ne nécessitait un suivi.

Les routines de travail du personnel infirmier de soir et de nuit ne comportaient aucune indication relative à la température ambiante. Il n'y avait pas de procédure dans le foyer pour vérifier la température ou s'assurer qu'elle est mesurée et consignée pendant les quarts de soir ou de nuit. Le foyer ne disposait pas de politique en matière de température ambiante, mais la politique du foyer sur les maladies liées à la chaleur indiquait que le personnel d'entretien ménager devait mesurer et consigner la température, sans préciser le moment ou l'endroit, ou les dispositions à prendre si la température ne se situe pas dans une fourchette sécuritaire ou confortable. La politique fournissait également des orientations générales sur les maladies liées à la chaleur qui n'étaient pas adaptées aux soins de longue durée ou aux personnes résidentes. Le fait de ne pas surveiller la température ambiante le soir et la nuit a exposé les personnes résidentes au risque qu'elle ne soit pas sécuritaire ou confortable.

**Sources :** Registres sur la température ambiante; routines de travail du personnel infirmier de soir et de nuit; politique du foyer sur les maladies liées à la chaleur; entretiens avec le personnel.

**AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies**

**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 London**

130, avenue Dufferin, 4<sup>e</sup> étage  
London ON N6A 5R2  
Téléphone : 800 663-3775

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

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

Soins de la peau et des plaies

Paragraphe 55 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

b) le résident qui présente des signes d'altération de l'intégrité épidermique, notamment des ruptures de l'épiderme, des lésions de pression, des déchirures de la peau ou des plaies, à la fois :

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente reçoive un traitement et subisse immédiatement des interventions pour réduire ou éliminer la douleur, favoriser la guérison et prévenir l'infection, selon ce qui est nécessaire.

**Sources :** Dossiers de santé d'une personne résidente et entretiens avec le personnel.

**AVIS ÉCRIT : Programmes de soins alimentaires et d'hydratation**

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

**Non-respect : de l'alinéa 74 (2) b) 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 :

b) le recensement des risques liés aux soins alimentaires, aux services de diététique et à l'hydratation;

**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 London**

130, avenue Dufferin, 4<sup>e</sup> étage  
London ON N6A 5R2  
Téléphone : 800 663-3775

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soit respectée la politique du foyer en matière d'évaluation des soins alimentaires, de l'hydratation et des risques qui y sont liés.

L'alinéa 15 (1) a) de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* énonce : Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soient instaurés, à l'égard du foyer, les programmes suivants : a) un programme structuré de soins alimentaires et de services de diététique qui vise à répondre aux besoins alimentaires quotidiens des résidents;

L'article 74 du Règlement de l'Ontario 246/22 énonce : Le programme structuré de soins alimentaires et de services de diététique exigé à l'alinéa 15 (1) a) de la Loi comprend ce qui suit : le recensement des risques liés aux soins alimentaires, aux services de diététique et à l'hydratation et la mise en œuvre de mesures d'intervention permettant d'atténuer et de gérer de tels risques.

L'alinéa 11 (1) b) du Règlement de l'Ontario 246/22 énonce : Si la Loi ou le présent règlement exige que le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée ait, établisse ou par ailleurs mette en place un plan, une politique, un protocole, un programme, une marche à suivre, une stratégie, une initiative ou un système, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que ceux-ci soient respectés.

La politique du foyer en matière d'évaluation des soins alimentaires, de l'hydratation et des risques qui y sont liés (*Nutrition/Hydration Assessment & Risk*) stipulait que les soins alimentaires, l'hydratation et les risques qui y sont liés feraient l'objet d'une évaluation chez toutes les personnes résidentes à leur admission et à leur retour de l'hôpital, à l'aide de l'instrument d'évaluation RAI-MDS. Les personnes résidentes

**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 London**

130, avenue Dufferin, 4<sup>e</sup> étage  
London ON N6A 5R2  
Téléphone : 800 663-3775

seraient classées selon un risque élevé, modéré ou faible sur la base de l'évaluation des soins alimentaires et de l'hydratation et des indicateurs de risque.

**Justification et résumé**

Les soins alimentaires d'une personne résidente ont fait l'objet d'une évaluation à l'admission, mais celle-ci ne comprenait pas la détermination du risque nutritionnel de la personne résidente. Les notes d'évolution indiquaient que la personne résidente avait de nombreux autres problèmes de santé qui contribuaient au risque nutritionnel. Plus de trois mois après son admission, la personne résidente a été pour la première fois considérée comme présentant un risque nutritionnel élevé.

Le diététiste professionnel (Dt.P.) a déclaré avoir commencé à travailler dans le foyer récemment et être au courant du fait que le risque nutritionnel de certaines personnes résidentes n'avait pas fait l'objet d'une évaluation depuis 2023. Il a indiqué que l'autre Dt.P. et lui-même travaillaient suivant le calendrier trimestriel de l'ensemble de données essentielles (MDS) pour réaliser les évaluations du risque nutritionnel de chaque personne résidente et répondre à toutes les demandes de consultation en matière de diététique.

Le fait que le risque nutritionnel de la personne résidente n'ait été déterminé que plus de trois mois après l'évaluation des soins alimentaires effectuée à l'admission, conformément à la politique, a exposé la personne résidente au risque de ne pas recevoir les interventions ou le suivi nécessaires à la gestion de ses besoins en matière de soins alimentaires.

**Sources :** Dossiers de santé de la personne résidente; politique du foyer en matière d'évaluation des soins alimentaires, de l'hydratation et des risques qui y sont liés, révisée pour la dernière fois le 1<sup>er</sup> mars 2022; entretien avec le Dt.P.

**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 London**

130, avenue Dufferin, 4<sup>e</sup> étage  
London ON N6A 5R2  
Téléphone : 800 663-3775

**AVIS ÉCRIT : Service de restauration et de collation**

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

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

Service de restauration et de collation

Paragraphe 79 (2) Le titulaire de permis veille à ce qui suit :

b) aucun repas n'est servi à un résident qui a besoin d'aide pour manger ou boire avant que quelqu'un soit disponible pour lui fournir l'aide dont il a besoin.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'aucun repas ne soit servi à trois personnes résidentes ayant besoin d'aide pour manger avant que quelqu'un soit disponible pour leur fournir l'aide dont elles avaient besoin.

**Justification et résumé**

Un membre du personnel en soins directs a été observé en train d'aider à la prise du repas deux personnes résidentes assises à la même table.

Une autre personne résidente, qui a également besoin d'aide au repas, a été observée à une autre table, son repas devant elle, personne n'étant disponible pour l'aider. Le membre du personnel a demandé l'aide de ses collègues à deux reprises, puis a été vu en train d'aider simultanément les trois personnes résidentes à prendre leur repas, jusqu'à ce qu'un collègue arrive pour l'aider.

Le même membre du personnel en soins directs a ensuite été observé en train d'offrir et de distribuer les desserts aux personnes résidentes dans la salle à manger, ce qui a eu pour conséquence que les personnes qu'il aidait se sont vu servir leur dessert avant qu'une autre personne soit disponible pour les aider.

**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 London**

130, avenue Dufferin, 4<sup>e</sup> étage  
London ON N6A 5R2  
Téléphone : 800 663-3775

Lors de l'entretien, le personnel en soins directs a confirmé que ces événements s'étaient produits et s'est dit préoccupé par le fait qu'il n'y avait pas suffisamment de personnel dans la salle à manger pour aider les personnes résidentes de manière adéquate et en toute sécurité pendant le service des repas.

**Sources :** Observations pendant un repas, entretien avec le personnel.

**AVIS ÉCRIT : Service de restauration et de collation**

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

**Non-respect : du paragraphe 80 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Diététiste agréé

Paragraphe 80 (2) Le titulaire de permis veille à ce qu'un diététiste agréé qui fait partie du personnel du foyer soit présent au foyer pendant au moins 30 minutes par mois pour chaque résident afin d'exercer des fonctions liées aux soins cliniques et aux soins alimentaires.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un Dt.P. qui fait partie du personnel du foyer soit présent au foyer pendant au moins 30 minutes par mois pour chaque personne résidente afin d'exercer des fonctions liées aux soins cliniques et aux soins alimentaires.

**Justification et résumé**

Lors d'un entretien, le gestionnaire de la nutrition et des services alimentaires a indiqué que le foyer de soins de longue durée souhaitait embaucher un nouveau Dt.P. Le foyer comptait un Dt.P. temporaire, ainsi qu'un Dt.P. secondaire qui ne travaillait qu'à distance.

**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 London**

130, avenue Dufferin, 4<sup>e</sup> étage  
London ON N6A 5R2  
Téléphone : 800 663-3775

Un examen du relevé des heures de travail effectuées par le Dt.P. qui exerçait sur place au cours du mois de novembre 2024 a permis de constater que celui-ci faisait état de 85 heures de travail.

Le chef des opérations a confirmé que le foyer St. Joseph's Life Care Centre comptait 205 lits.

Ainsi, 205 personnes résidentes x 30 minutes = 102,5 heures par mois. Le nombre d'heures du Dt.P. exerçant sur place comptait donc 17,5 heures de moins que le nombre requis de 102,5 heures.

Le fait que le Dt.P. ne soit pas présent au foyer au moins 30 minutes par mois pour chaque personne résidente engendre le risque que les besoins en matière de soins cliniques et de soins alimentaires des personnes résidentes ne soient pas satisfaits.

**Sources :** Heures de travail du Dt.P.; entretiens avec le personnel.

### **AVIS ÉCRIT : Traitement des plaintes**

Problème de conformité n° 013 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

#### **Non-respect : du paragraphe 108 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Traitement des plaintes

Paragraphe 108 (1) Le titulaire de permis veille à ce que chaque plainte écrite ou verbale qu'il reçoit ou que reçoit un membre du personnel concernant les soins fournis à un résident ou l'exploitation du foyer soit traitée comme suit :

1. La plainte fait l'objet d'une enquête et d'un règlement, dans la mesure du possible, et une réponse conforme à la disposition 3 est donnée dans les 10 jours ouvrables qui suivent la réception de la plainte. S'il est allégué dans la plainte qu'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 de London**

130, avenue Dufferin, 4<sup>e</sup> étage  
London ON N6A 5R2  
Téléphone : 800 663-3775

préjudice ou un risque de préjudice, notamment un préjudice physique, a été causé à un ou plusieurs résidents, l'enquête est menée immédiatement.

2. Si la plainte ne peut pas faire l'objet d'une enquête et d'un règlement dans les 10 jours ouvrables, un accusé de réception de la plainte est donné dans les 10 jours ouvrables qui suivent la réception de la plainte. Il énonce notamment la date limite à laquelle l'auteur de la plainte peut raisonnablement s'attendre à un règlement et une réponse de suivi conforme à la disposition 3 est donnée dès que possible dans les circonstances.

3. La réponse fournie à l'auteur d'une plainte comprend ce qui suit :

- i. le numéro de téléphone sans frais du ministère à composer pour porter plainte au sujet des foyers, ses heures de service et les coordonnées de l'ombudsman des patients visé à la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous* et au ministère,
- ii. une explication de ce qui suit, selon le cas :
  - A. les mesures prises par le titulaire de permis pour régler la plainte,
  - B. le fait que le titulaire de permis croit la plainte non fondée, motifs à l'appui,
- iii. si le titulaire de permis était tenu de transmettre immédiatement la plainte en application de l'alinéa 26 (1) c) de la Loi, une confirmation qu'il l'a fait.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la plainte verbale d'une personne résidente concernant ses soins soit traitée comme le prévoit le règlement.

**Justification et résumé**

Lors d'un entretien, une personne résidente a fait part de ses préoccupations concernant les soins reçus à une date précise.

Informé de l'incident, le directeur des soins a effectué un suivi en s'entretenant avec le personnel concerné et le mandataire 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 de London**

130, avenue Dufferin, 4<sup>e</sup> étage  
London ON N6A 5R2  
Téléphone : 800 663-3775

Le fait de ne pas suivre la procédure de plainte prévue par le règlement a exposé la personne résidente au risque que ses préoccupations en matière de soins ne soient pas prises en compte de manière adéquate.

**Sources :** Entretiens avec le personnel et la personne résidente, notes d'évolution de la personne résidente.

### **AVIS ÉCRIT : Évaluation trimestrielle**

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé 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.

### **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 de London**

130, avenue Dufferin, 4<sup>e</sup> étage  
London ON N6A 5R2  
Téléphone : 800 663-3775

Les dernières réunions trimestrielles du comité de gestion des médicaments visant à évaluer le système de gestion des médicaments ont eu lieu le 6 mars et le 12 juin 2024, et l'administrateur du foyer était absent.

D'avril à juin 2023, de juillet à septembre 2023 et d'avril à juin 2023, le foyer n'a pas réuni les membres de son équipe au moins une fois tous les trois mois pour évaluer l'efficacité du système de gestion des médicaments et recommander les modifications à y apporter pour l'améliorer.

Le directeur des soins a confirmé qu'il n'y avait pas eu de réunion depuis le 12 juin 2024. Le système de gestion des médicaments n'a pas été évalué depuis le premier trimestre, soit de janvier à mars 2024. Le comité de gestion des médicaments n'a pas dégagé de modèles et de tendances ni pris les mesures appropriées pour améliorer le système de gestion des médicaments.

**Sources :** Procès-verbaux des réunions du comité de gestion des médicaments; rapports de CareRx; entretiens avec le personnel.

**AVIS ÉCRIT : Destruction et élimination des médicaments**

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

**Non-respect : de la disposition 2 du paragraphe 148 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Destruction et élimination des médicaments

Paragraphe 148 (2) La politique de destruction et d'élimination des médicaments doit également prévoir ce qui suit :

2. L'entreposage des substances désignées devant être détruites et éliminées dans un lieu d'entreposage verrouillé à double tour au foyer distinct de celui où sont entreposées celles destinées à être administrées aux résidents, jusqu'à leur destruction et élimination.

**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 London**

130, avenue Dufferin, 4<sup>e</sup> étage  
London ON N6A 5R2  
Téléphone : 800 663-3775

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soit respectée sa politique de destruction et d'élimination des médicaments, conformément à la Loi ou au règlement qui exigent de celui-ci qu'il ait, établisse ou par ailleurs mette en place une telle politique.

L'alinéa 11 (1) b) du Règlement de l'Ontario 246/22 énonce : Si la Loi ou le présent règlement exige que le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée ait, établisse ou par ailleurs mette en place un plan, une politique, un protocole, un programme, une marche à suivre, une stratégie, une initiative ou un système, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que ceux-ci soient respectés.

La disposition 2 du paragraphe 148 (2) du Règlement de l'Ontario 246/22 énonce que la politique de destruction et d'élimination des médicaments doit également prévoir ce qui suit : L'entreposage des substances désignées devant être détruites et éliminées dans un lieu d'entreposage verrouillé à double tour au foyer distinct de celui où sont entreposées celles destinées à être administrées aux résidents, jusqu'à leur destruction et élimination.

**Justification et résumé**

Le lieu d'entreposage des substances désignées devant être détruites dans une zone de soins des personnes résidentes se trouvait dans la salle des médicaments. Une boîte munie d'une fente servait au dépôt des substances désignées devant être détruites. Jusqu'à leur destruction et leur élimination, les substances désignées devant être détruites et éliminées n'étaient pas entreposées de manière sécuritaire dans la boîte de dépôt munie d'une fente de la salle des médicaments fermée à clé. L'inspectrice ou l'inspecteur a pu retirer facilement plusieurs cartons et ampoules de substances désignées par la fente de la boîte de dépôt. Le personnel infirmier autorisé a confirmé que la boîte d'entreposage était trop pleine et qu'elle devait 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 de London**

130, avenue Dufferin, 4<sup>e</sup> étage  
London ON N6A 5R2  
Téléphone : 800 663-3775

vidée. Une affiche avait été apposée sur la porte de l'armoire indiquant que, si un article ne passait pas dans la fente de la boîte, il fallait communiquer avec le directeur des soins pour que celui-ci le range dans l'armoire.

Le directeur des soins a confirmé qu'il n'y avait pas d'autre armoire prévue pour l'entreposage et que le personnel autorisé appelait le gestionnaire clinique pour signaler le trop-plein. Un gestionnaire clinique a indiqué que les gestionnaires cliniques et les pharmaciens cliniciens constituaient l'équipe chargée de détruire les substances désignées et que le personnel autorisé communiquait avec les gestionnaires cliniques pour signaler le trop-plein. Le directeur des soins a déclaré que le personnel autorisé ne rangeait pas de manière sécuritaire les substances désignées devant être détruites ni ne communiquait avec les gestionnaires cliniques lorsque la boîte de dépôt était pleine.

La politique de destruction et d'élimination des stupéfiants et des substances désignées de CareRx (*CareRX Destruction and Disposal of Narcotic and Controlled Medications Policy*) précise que le foyer doit veiller à ce que tous les stupéfiants et toutes les substances désignées soient entreposés en toute sécurité dans un endroit verrouillé à double tour jusqu'à ce qu'ils soient détruits. Si un stupéfiant ou une substance désignée devant être détruite ne passe pas dans la fente de la boîte de dépôt à accès unique, le personnel doit demander au directeur des soins ou à son représentant d'ouvrir la boîte et d'y insérer le flacon afin de l'entreposer en toute sécurité en vue de sa destruction.

Les substances désignées devant être détruites et éliminées doivent être entreposées dans un lieu verrouillé à double tour au foyer. Bien que la porte de la salle des médicaments et le lieu d'entreposage des substances désignées aient été verrouillés, ce dernier a été compromis lorsque le personnel autorisé a continué à déposer des substances désignées par la fente de la boîte de dépôt qui était déjà

**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 London**

130, avenue Dufferin, 4<sup>e</sup> étage  
London ON N6A 5R2  
Téléphone : 800 663-3775

pleine. Les médicaments devant être détruits n'ont pas fait l'objet d'un entreposage sûr et sécuritaire jusqu'à leur destruction.

**Sources :** Examen de la politique, observations et entretiens avec le personnel.

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

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

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

Rapport sur l'amélioration constante de la qualité

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

5. Un relevé écrit de ce qui suit :

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

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

**Justification et résumé**

Le rapport annuel du foyer visant à faire état de l'initiative d'amélioration constante de la qualité s'intitulait *The St. Joseph's Lifecare Centre Quality Improvement 2023-24: A Year in Review* (amélioration de la qualité du foyer St. Joseph's Lifecare Centre

**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 London**

130, avenue Dufferin, 4<sup>e</sup> étage  
London ON N6A 5R2  
Téléphone : 800 663-3775

2023-2024 : revue de l'année). Celui-ci n'indiquait pas la manière et les dates auxquelles les résultats du sondage avaient été communiqués aux personnes résidentes et à leur famille, au conseil des résidents, au conseil des familles et aux membres du personnel du foyer.

Le procès-verbal d'une réunion du conseil des résidents, qui faisait état des résultats du sondage sur la satisfaction des personnes résidentes et ceux du sondage sur la satisfaction des familles, a été communiqué par l'administrateur. Le procès-verbal d'une réunion du conseil des familles faisant état des résultats du sondage a été communiqué.

Le gestionnaire de la qualité, de l'innovation et de l'apprentissage, qui est également responsable de l'assurance-qualité au sein du foyer, a confirmé que les résultats du sondage avaient été communiqués au conseil des familles. Le responsable de l'ACQ a déclaré que le rapport annuel de l'ACQ n'indiquait pas comment les résultats du sondage sur la satisfaction avaient été communiqués aux personnes résidentes et à leur famille, au conseil des résidents, au conseil des familles, le cas échéant, et aux membres du personnel du foyer, ni à quel moment.

**Sources :** Rapport d'ACQ; documentation concernant le sondage sur la satisfaction; entretiens avec le personnel.

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

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

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

Rapport sur l'amélioration constante de la qualité

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

**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 London**

130, avenue Dufferin, 4<sup>e</sup> étage  
London ON N6A 5R2  
Téléphone : 800 663-3775

6. Un relevé écrit de ce qui suit :

- i. les mesures prises pour améliorer le foyer de soins de longue durée et les soins, services, programmes et biens qui y sont fournis, compte tenu des résultats documentés du sondage effectué pendant l'exercice en vertu de l'alinéa 43 (5) b) de la Loi, les dates auxquelles ces mesures ont été mises en œuvre et le résultat de ces mesures,
- ii. les autres mesures prises pour améliorer l'hébergement, les soins, les services, les programmes et les biens fournis aux résidents dans les domaines prioritaires du foyer en matière d'amélioration de la qualité pendant l'exercice, les dates auxquelles ces mesures ont été mises en œuvre et le résultat de ces mesures,
- iii. le rôle du conseil des résidents et du conseil des familles, s'il y en a un, en ce qui concerne les mesures prises en vertu des sous-dispositions i et ii,
- iv. le rôle du comité d'amélioration constante de la qualité en ce qui concerne les mesures prises en vertu des sous-dispositions i et ii,
- v. la manière et les dates auxquelles les mesures prises en vertu des sous-dispositions i et ii ont été communiquées aux résidents et à leur famille, au conseil des résidents, au conseil des familles, s'il y en a un, et aux membres du personnel du foyer.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le rapport sur l'amélioration constante de la qualité (ACQ) du foyer comprenne les renseignements exigés par la disposition 6 du paragraphe 168 (2) du Règlement de l'Ontario 246/22.

**Justification et résumé**

Le rapport annuel du foyer visant à faire état de l'initiative d'amélioration constante de la qualité s'intitulait *The St. Joseph's Lifecare Centre Quality Improvement 2023-24: A Year in Review* (amélioration de la qualité du foyer St. Joseph's Lifecare Centre 2023-2024 : revue de l'année).. Le rapport faisait état des mesures prises pour améliorer le foyer de soins de longue durée compte tenu des résultats sur 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 de London**

130, avenue Dufferin, 4<sup>e</sup> étage  
London ON N6A 5R2  
Téléphone : 800 663-3775

sondage effectué, mais il manquait les dates où ces mesures ont été mises en œuvre et le résultat auquel elles ont donné lieu. Ainsi, le rôle du conseil des résidents, du conseil des familles, s'il y en a un, et du comité d'assurance de la qualité relativement aux mesures qui ont été prises, la manière dont elles ont été mises en œuvre et les dates auxquelles elles ont été communiquées aux personnes résidentes et à leur famille, au conseil des résidents, au conseil des familles, le cas échéant, et aux membres du personnel du foyer, ne figuraient pas dans le rapport.

Le gestionnaire de la qualité, de l'innovation et de l'apprentissage, qui est également responsable de l'ACQ au sein du foyer, a confirmé que ces informations ne figuraient pas dans le rapport de l'ACQ.

**Sources :** Rapport d'ACQ; documentation concernant le sondage sur la satisfaction; entretiens avec le personnel.

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

Problème de conformité n° 018 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

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

Rapport sur l'amélioration constante de la qualité

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

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

**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 de London**

130, avenue Dufferin, 4<sup>e</sup> étage  
London ON N6A 5R2  
Téléphone : 800 663-3775

Les procès-verbaux des réunions du conseil des familles et du conseil des résidents entre novembre 2023 et octobre 2024 ne contenaient pas d'indication attestant que le rapport d'ACQ avait été remis à l'un ou l'autre d'entre eux.

Le gestionnaire de la qualité, de l'innovation et de l'apprentissage, qui est également responsable de l'ACQ au sein du foyer, a confirmé que le rapport de l'assurance-qualité avait été examiné par le comité de l'assurance qualité, lequel compte des représentants du conseil des résidents et du conseil des familles, mais qu'il n'avait pas été remis à ces derniers.

**Sources :** Procès-verbaux de réunions du conseil des familles et du conseil des résidents; entretiens.

**ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 001 Programme de soins**

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

**Non-respect : du 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.

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

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au paragraphe 6 (2) de la *LRSLD* (2021). Plus particulièrement, le titulaire de permis doit :

a) Veiller à ce que trois personnes résidentes précises fassent l'objet d'une évaluation documentée concernant la nécessité d'utiliser des repose-pieds.

**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 London**

130, avenue Dufferin, 4<sup>e</sup> étage  
London ON N6A 5R2  
Téléphone : 800 663-3775

- b) S'assurer que les programmes de soins des trois personnes résidentes comprennent des instructions claires concernant leur utilisation de repose-pieds.
- c) Veiller à ce que tout changement dans les programmes de soins des trois personnes résidentes concernant l'utilisation de repose-pieds soit communiqué au personnel concerné. Veiller à ce que la communication soit documentée, y compris la date à laquelle elle a eu lieu, la méthode et le contenu de la communication et le nom de la personne qui l'a effectuée.
- d) Effectuer une vérification hebdomadaire des observations des trois personnes résidentes concernant l'utilisation des repose-pieds afin de s'assurer qu'ils sont utilisés de manière appropriée, conformément à leur programme de soins individuel. Cette vérification doit faire l'objet d'un dossier documenté comprenant la date de la vérification, le nom de la personne qui l'a effectuée, le nom de la personne résidente pour laquelle la vérification a été effectuée, les éventuels problèmes relevés et les mesures correctives prises à la suite de la vérification. Le processus de vérification doit se poursuivre jusqu'à ce qu'une inspectrice ou un inspecteur estime que l'ordre de conformité a été respecté.

**Motifs**

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 trois personnes résidentes et de leurs besoins et préférences.

**Justification et résumé**

À trois reprises, on a observé trois personnes résidentes différentes être poussées par un membre du personnel dans un fauteuil roulant sans repose-pieds. Aucune des trois personnes résidentes n'avait fait l'objet d'une évaluation et leur programme de soins ne comprenait pas de directives concernant l'utilisation de repose-pieds. Le fait de pousser ces personnes résidentes dans un fauteuil roulant sans repose-pieds a exposé celles-ci à un risque de blessure.

**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 London**

130, avenue Dufferin, 4<sup>e</sup> étage  
London ON N6A 5R2  
Téléphone : 800 663-3775

**Sources :** Dossiers de santé des personnes résidentes, observations des personnes résidentes et entretiens avec le personnel.

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 31 janvier 2025.**

### **ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 002 Programme de soins**

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

**Non-respect : du paragraphe 6 (7) de la *LRS LD* (2021)**

Programme de soins

Paragraphe 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.

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

A) Le directeur des soins ou son représentant devra effectuer une vérification au moins deux fois par semaine, pendant la période des repas, afin de s'assurer qu'une personne résidente donnée reçoit l'aide dont elle a besoin pour les repas; les vérifications se poursuivront jusqu'à ce que l'inspectrice ou l'inspecteur ait confirmé la conformité au présent ordre.

B) Un registre sera conservé, lequel comprendra les dates des vérifications, le nom de la personne qui en était chargée, ce qui a été observé et toutes les mesures correctives prises en conséquence.

**Motifs**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente reçoive les soins prévus dans son programme de soins, alors qu'un membre du personnel l'aidait à effectuer une activité de soins en particulier.

**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 London**

130, avenue Dufferin, 4<sup>e</sup> étage  
London ON N6A 5R2  
Téléphone : 800 663-3775

**Justification et résumé**

Lors de l'entretien, la personne résidente s'est dite préoccupée par le fait qu'un seul membre du personnel l'avait aidée à effectuer une activité de soins. Le programme de soins de la personne résidente indiquait que deux employés devaient l'aider dans la prestation de ces soins.

Le fait qu'un seul membre du personnel aide la personne résidente, alors que son programme de soins précise qu'elle a besoin de deux personnes, a exposé la personne résidente à un risque de blessure.

**Sources :** Entretien avec la personne résidente et le personnel, programme de soins de la personne résidente.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins liés à l'aide à l'alimentation prévus dans le programme de soins soient fournis à une personne résidente, tel que le précise le programme.

**Justification et résumé**

L'inspectrice ou l'inspecteur a observé une personne résidente qui était seule, sans surveillance, un plateau-repas intact devant elle. Un membre du personnel en soins directs a déclaré que la personne résidente avait besoin d'aide pour se nourrir et qu'il n'était pas prudent de laisser de la nourriture devant elle lorsqu'elle était seule.

Le programme de soins de la personne résidente relatif à l'alimentation indiquait les heures et les circonstances dans lesquelles la personne résidente a besoin d'aide pour se nourrir. La personne résidente risquait de s'étouffer lorsqu'elle prenait son repas de manière autonome, sans l'aide du 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 de London**

130, avenue Dufferin, 4<sup>e</sup> étage  
London ON N6A 5R2  
Téléphone : 800 663-3775

**Sources :** Observations de la personne résidente; examen des dossiers de santé de la personne résidente; entretiens avec le personnel

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 31 janvier 2025.**

### **ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 003 Portes dans le foyer**

Problème de conformité n° 021 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : de la disposition 2 du paragraphe 12 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Portes dans le foyer

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

2. Toutes les portes donnant sur des aires sécuritaires à l'extérieur qui empêchent les résidents de sortir, y compris les balcons et les terrasses, doivent être dotées de verrous pour empêcher leur accès non supervisé par les résidents.

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

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la disposition 2 du paragraphe 12 (1) de la *LRSLD* (2021).

Plus particulièrement, le titulaire de permis doit :

a) Veiller à ce que toutes les portes sécurisées donnant sur des terrasses et des balcons extérieurs, qui empêchent les personnes résidentes de sortir, soient dotées de verrous pour empêcher leur accès non supervisé par les personnes résidentes.

b) Veiller à ce que le foyer examine ou révise ses politiques relatives à la sécurité des portes et des balcons, en procédant notamment à la mise à jour des références législatives pour les harmoniser avec la *LRSLD* (2021). Un rapport écrit portant sur l'examen, la date, les participants et comprenant un aperçu des révisions apportées sera conservé.

**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 London**

130, avenue Dufferin, 4<sup>e</sup> étage  
London ON N6A 5R2  
Téléphone : 800 663-3775

**Motifs**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les portes donnant sur des aires sécuritaires à l'extérieur qui empêchent les résidents de sortir, y compris les balcons et les terrasses, soient dotées de verrous pour leur accès non supervisé par les personnes résidentes.

**Justification et résumé**

Lors d'une première visite du foyer, une porte-fenêtre non verrouillée a été observée dans une unité d'une zone de soins du foyer. La porte-fenêtre donnant sur la terrasse et le balcon extérieurs était déverrouillée et un morceau de bois bloquait le rail inférieur permettant d'ouvrir la porte, mais il a été facilement enlevé et la porte ne comportait pas de mécanisme de verrouillage fonctionnel. Le mécanisme de verrouillage à clé fixé en haut du cadre de la porte coulissante intérieure n'était pas enclenché ou verrouillé pour empêcher l'ouverture et semblait être en mauvais état. Dans une autre zone de soins du foyer, une porte-fenêtre donnant sur la terrasse et le balcon extérieurs était déverrouillée et aucun mécanisme de verrouillage n'était fonctionnel; le mécanisme de verrouillage à clé fixé en haut du cadre de la porte coulissante intérieure semblait être en mauvais état.

La politique relative à l'aire sécurisée des balcons des personnes résidentes (*Resident Balcony Secured Area*) stipule que chaque balcon de la section accessible aux résidents doit être doté d'un mécanisme de verrouillage exigeant qu'un membre du personnel verrouille et déverrouille la porte d'accès.

Au moment de l'inspection, le personnel de direction, le personnel autorisé et le personnel des loisirs ignoraient que les portes-fenêtres sécurisées donnant sur la terrasse et le balcon extérieurs étaient déverrouillées et en mauvais état. La mise en place d'un contrôle de sécurité pour les portes-fenêtres n'a pas été complétée

**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 London**

130, avenue Dufferin, 4<sup>e</sup> étage  
London ON N6A 5R2  
Téléphone : 800 663-3775

pendant plusieurs semaines et personne ne sait depuis combien de temps les portes sont en mauvais état. La porte était accessible aux personnes résidentes qui utilisaient la salle des loisirs.

**Source :** Observations, examen de la politique et entretiens avec le personnel.

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 17 janvier 2025.**

**ORDRE DE CONFORMITÉ N<sup>o</sup> 004 Soins de la peau et des plaies**

Problème de conformité n<sup>o</sup> 022 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

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

Soins de la peau et des plaies

Paragraphe 55 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

b) le résident qui présente des signes d'altération de l'intégrité épidermique, notamment des ruptures de l'épiderme, des lésions de pression, des déchirures de la peau ou des plaies, à la fois :

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

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

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au sous-alinéa 55 (2) b) (iv) du Règlement de l'Ontario 246/22.

Plus particulièrement, le titulaire de permis doit :

a) Veiller à ce que les plaies de deux personnes résidentes en particulier et les parties de la peau qui présentent des signes d'altération de leur intégrité soient évaluées chaque semaine et à tout autre moment si nécessaire.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District de London**

130, avenue Dufferin, 4<sup>e</sup> étage  
London ON N6A 5R2  
Téléphone : 800 663-3775

- b) Sur la base des évaluations hebdomadaires, veiller à ce que deux personnes résidentes reçoivent un traitement et subissent immédiatement des interventions pour réduire ou éliminer la douleur, favoriser la guérison et prévenir l'infection, selon ce qui est nécessaire.
- c) Sur la base des évaluations hebdomadaires, s'assurer que les programmes de soins des deux personnes résidentes fournissent des directives claires et à jour concernant les soins de la peau et des plaies.
- d) Fournir une formation à l'ensemble du personnel infirmier autorisé sur les attentes du foyer en matière d'évaluation hebdomadaire de la peau et des plaies, ainsi que sur la documentation requise. Il faut tenir un registre documenté de cette formation, comprenant la date à laquelle la formation a été donnée, la matière couverte dans le cadre de la formation, le nom de la personne qui a donné la formation et celui des personnes qui ont assisté à la formation.
- e) Effectuer une vérification hebdomadaire des programmes de soins, des registres d'administration des traitements et des évaluations des deux personnes résidentes, afin de s'assurer que celles-ci sont effectuées et documentées. Il faut tenir un registre documenté de cette vérification, comprenant la date de la vérification, le nom de la personne qui l'a effectuée, le nom de la personne résidente pour laquelle la vérification a été effectuée, les éventuels problèmes relevés et les mesures correctives prises à la suite de la vérification. Le processus de vérification doit se poursuivre jusqu'à ce qu'une inspectrice ou un inspecteur estime que l'ordre de conformité a été respecté.

**Motifs**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les parties de la peau de deux personnes résidentes qui présentaient des signes d'altération de leur intégrité soient réévaluées chaque semaine.

**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 de London**130, avenue Dufferin, 4<sup>e</sup> étage  
London ON N6A 5R2  
Téléphone : 800 663-3775

Deux différentes personnes résidentes dont plusieurs parties de la peau présentaient des signes d'altération de leur intégrité ont été identifiées. L'examen de la documentation de l'application PointClickCare (PCC) concernant ces deux personnes résidentes a permis de relever de nombreuses évaluations de la peau et des plaies incohérentes, incomplètes et manquantes sur une période de plusieurs mois.

Une infirmière autorisée a déclaré qu'elle n'avait pas reçu de formation concernant l'application pour la peau et les plaies de PCC, laquelle est utilisée pour effectuer les évaluations hebdomadaires des plaies, qu'elle hésitait à y avoir recours et souhaitait recevoir une formation. Un gestionnaire clinique a déclaré que les plaies devaient être réévaluées chaque semaine à l'aide de l'application pour la peau et les plaies de PCC, et que les instructions figurant dans les registres d'administration des traitements n'étaient pas claires. Il a mentionné avoir relevé des lacunes dans le foyer, les évaluations hebdomadaires des plaies n'étant pas effectuées, et soulevé ses préoccupations relativement au fait que le personnel appose sa signature dans le registre d'administration des traitements pour attester la réalisation de ces évaluations, alors que ce n'est pas le cas. Il a indiqué travailler sur ces lacunes avec le personnel autorisé du foyer. Les plaies des deux personnes résidentes se sont aggravées pendant la période où les évaluations hebdomadaires n'ont pas été effectuées.

**Sources :** Dossiers de santé des personnes résidentes, politiques sur le programme de soins de la peau et des plaies, entretiens avec le personnel.

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 31 janvier 2025.**

**ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 005 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 de London**

130, avenue Dufferin, 4<sup>e</sup> étage  
London ON N6A 5R2  
Téléphone : 800 663-3775

Problème de conformité n° 023 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

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

Gestion de la douleur

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

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

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au paragraphe 57 (2) du Règlement de l'Ontario 246/22.

Plus particulièrement, le titulaire de permis doit :

- a) Veiller à ce que deux personnes résidentes données fassent l'objet d'une évaluation complète de la douleur à l'aide d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique, lorsque leur douleur n'a pas été soulagée au moyen des interventions initiales.
- b) S'assurer que les programmes de soins de deux personnes résidentes reposent sur l'évaluation complète de la douleur et comprennent des directives claires concernant la douleur et les interventions qui prévoient le recours à des mesures pharmacologiques et non pharmacologiques pour soulager la douleur.
- c) Examiner les politiques du foyer en matière d'évaluation et de gestion de la douleur. Réviser les politiques et les outils d'évaluation de la douleur si nécessaire. Conserver un registre de cet examen comprenant la date à laquelle il a eu lieu, 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 de London**

130, avenue Dufferin, 4<sup>e</sup> étage  
London ON N6A 5R2  
Téléphone : 800 663-3775

nom des personnes qui y ont participé, les résultats de l'examen et toute modification apportée. Veiller à ce que tous les membres du personnel concerné soient informés de toute modification apportée aux politiques ou aux outils d'évaluation, le cas échéant, et conserver un registre de cette communication comprenant la date à laquelle elle a eu lieu, le mode d'envoi utilisé et son auteur.

d) Effectuer une vérification hebdomadaire de la gestion de la douleur, des évaluations de la douleur et des programmes de soins des deux personnes résidentes, afin de s'assurer que des évaluations complètes de la douleur sont réalisées et que les programmes de soins sont mis à jour si nécessaire pour gérer efficacement la douleur des personnes résidentes. Il faut tenir un registre documenté de cette vérification, comprenant la date de la vérification, le nom de la personne qui l'a effectuée, le nom de la personne résidente pour laquelle la vérification a été effectuée, les éventuels problèmes relevés et les mesures correctives prises à la suite de la vérification. Le processus de vérification doit se poursuivre jusqu'à ce qu'une inspectrice ou un inspecteur estime que l'ordre de conformité a été respecté.

**Motifs**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que deux personnes résidentes distinctes soient évaluées au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément à cette fin lorsque la douleur de ces personnes n'a pas été soulagée au moyen des interventions initiales.

**Justification et résumé**

A. Un examen des dossiers a révélé qu'une personne résidente avait reçu à plusieurs reprises des médicaments à prendre au besoin lors des percées de douleur. Il n'y a pas eu d'évaluation de la douleur de la personne résidente, y compris le type, l'emplacement et la fréquence de la douleur, ce qui l'a soulagée ou

**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 London**

130, avenue Dufferin, 4<sup>e</sup> étage  
London ON N6A 5R2  
Téléphone : 800 663-3775

amplifiée, ni d'évaluation des interventions non pharmacologiques pour la gestion de la douleur lors de l'administration des médicaments à prendre au besoin ou à peu près à ce moment-là.

À une date précise, l'échelle d'évaluation de la douleur dans les cas de démence avancée PAINAD a été remplie pour la personne résidente qui a indiqué qu'elle souffrait. Il n'y a toutefois pas eu d'évaluation complète de la douleur de la personne résidente, y compris le type, l'emplacement et la fréquence de la douleur, ce qui l'a soulagée ou amplifiée, ni d'évaluation des interventions non pharmacologiques pour la gestion de la douleur à cette date, et aucun médicament à prendre au besoin lors des percées n'a été administré à cette date. A. L'échelle d'évaluation PAINAD a également été remplie à une autre occasion, indiquant que la personne résidente souffrait de douleurs, sans qu'aucune autre évaluation ne soit effectuée.

B. Lors de l'admission d'une personne résidente, l'échelle d'évaluation de la douleur dans les cas de démence avancée a été remplie, indiquant qu'elle souffrait de douleur.

La personne résidente se voyait administrer des médicaments pour soulager les percées de douleur, dont la documentation indiquait qu'ils s'avéraient inefficaces. Il n'y a pas eu d'évaluation de la douleur de la personne résidente, y compris le type, l'emplacement et la fréquence de la douleur, ce qui l'a soulagée ou amplifiée, ni d'évaluation des interventions non pharmacologiques pour la gestion de la douleur lors de l'administration des médicaments à prendre au besoin ou à peu près à ce moment-là.

Un gestionnaire clinique a déclaré que le foyer ne disposait pas d'un outil complet d'évaluation de la douleur, les seuls outils d'évaluation de la douleur utilisés étant l'instrument PAINAD et l'échelle numérique d'évaluation de la douleur de Fraser, 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 London**

130, avenue Dufferin, 4<sup>e</sup> étage  
London ON N6A 5R2  
Téléphone : 800 663-3775

deux permettant uniquement de mesurer la gravité, sans évaluer le type, l'emplacement ou toute autre indication liée à la douleur. Chacune des personnes résidentes souffrait d'une douleur qui n'a pas été soulagée par les interventions initiales, une évaluation complète de la douleur n'a pas été réalisée et aucune mesure supplémentaire n'a été prise.

**Sources :** Dossiers de santé des personnes résidentes, programme sur la gestion de la douleur, entretiens avec le personnel.

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 31 janvier 2025.**

## **ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 006 Service de restauration et de collation**

Problème de conformité n° 024 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

### **Non-respect : de la disposition 5 du paragraphe 79 (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 :

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

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

Le titulaire de permis doit :

A) Examiner et réviser la politique relative à la température des aliments afin d'y inclure une limite supérieure pour les aliments et les liquides chauds, en précisant 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 de London**

130, avenue Dufferin, 4<sup>e</sup> étage  
London ON N6A 5R2  
Téléphone : 800 663-3775

température à laquelle les aliments ne seront pas servis aux personnes résidentes et les mesures à prendre par le personnel au cas où la température d'un aliment ou d'un liquide dépasserait cette limite.

B) Donner, aux membres du personnel des services alimentaires et à tout autre employé chargé de mesurer la température des aliments et des liquides, une formation sur la politique révisée et sur les attentes en matière de mesure de la température des aliments et des liquides. Conserver un registre documenté de cette formation, comprenant la date à laquelle elle a été donnée, la matière couverte, le nom de la personne qui a donné la formation et celui des personnes qui y ont assisté.

**Motifs**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les aliments et les liquides soient servis à une température qui soit à la fois sûre et appétissante pour les personnes résidentes, dans la mesure où la température des aliments n'a pas été relevée et où la politique du foyer de soins de longue durée en cette matière (*Food Temperature Policy*) ne prévoyait pas de limite supérieure pour indiquer à quelle température il est dangereux de servir des aliments.

**Justification et résumé**

Lorsque des relevés de la température des aliments ont été demandés pour le service d'un dîner dans une aire du foyer, une aide en diététique les a fournis et indiqué qu'elle avait omis de prendre certaines températures. L'examen du document a révélé que, pour huit produits alimentaires différents, aucun relevé de la température n'avait été consigné.

Lors d'un entretien, le gestionnaire de la nutrition et des services alimentaires a confirmé que la mesure de la température des aliments permettait au foyer 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 de London**

130, avenue Dufferin, 4<sup>e</sup> étage  
London ON N6A 5R2  
Téléphone : 800 663-3775

s'assurer que ceux-ci étaient servis à une température sûre et appétissante, et que le relevé des températures avant le service était obligatoire pour chaque aliment et chaque texture.

Par ailleurs, lors de l'entretien, on a demandé à l'aide en diététique à quelle température les aliments étaient trop chauds pour être servis aux personnes résidentes et ce qui devait être fait dans ces circonstances; elle a répondu que cela n'avait jamais été un problème et n'a pas pu formuler de réponse sur les mesures qui devaient être prises si une telle situation se produisait.

En ce qui concerne la politique relative à la température des aliments, il était indiqué que les aliments chauds doivent atteindre une température de 60 degrés Celsius avant d'être placés sur la table à vapeur et que, s'ils ne sont pas à la bonne température, ils doivent être réchauffés pour atteindre une température interne de 74 degrés Celsius avant d'être servis. Toutefois, la politique ne prévoyait pas de limite supérieure décrivant la température à laquelle les aliments ou les liquides seraient trop chauds pour être servis ni les mesures à prendre dans ce cas.

Le registre des températures contenait également une note de bas de page indiquant que la température appropriée pour le maintien de la chaleur était de 60 degrés Celsius ou plus.

Le fait de ne pas établir de processus visant à mettre en œuvre et à garantir de manière cohérente que les aliments et les liquides sont servis à une température sûre et appétissante a exposé les personnes résidentes à un risque de blessure.

**Sources :** Politique sur la température des aliments, registres des températures des aliments, entretiens avec 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 de London**

130, avenue Dufferin, 4<sup>e</sup> étage  
London ON N6A 5R2  
Téléphone : 800 663-3775

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 31 janvier 2025.**

## **ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 007 Incidents liés à des médicaments et réactions indésirables à des médicaments**

Problème de conformité n° 025 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

### **Non-respect : du paragraphe 147 (3) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Incidents liés à des médicaments et réactions indésirables à des médicaments

Paragraphe 147 (3) Le titulaire de permis veille à ce qui suit :

a) un examen trimestriel est effectué à l'égard de l'ensemble des incidents liés à des médicaments, incidents d'hypoglycémie sévère, incidents d'hypoglycémie ne répondant pas à un traitement, réactions indésirables à des médicaments et utilisations de glucagon qui sont survenus au foyer depuis le dernier examen afin, à la fois :

(i) de réduire et de prévenir les incidents liés à des médicaments et les réactions indésirables à des médicaments,

(ii) d'améliorer l'utilisation du glucagon de même que les soins et traitements fournis en cas d'incidents d'hypoglycémie sévère et d'incidents d'hypoglycémie ne répondant pas à un traitement conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises.

(iii) de recenser les tendances en matière d'incidents d'hypoglycémie sévère et d'incidents d'hypoglycémie ne répondant pas à un traitement;

b) les modifications et améliorations recensées lors de l'examen sont mises en œuvre;

c) tous les éléments exigés aux alinéas a) et b) sont consignés dans un dossier.

Règl. de l'Ont. 66/23, art. 30.

**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 London**

130, avenue Dufferin, 4<sup>e</sup> étage  
London ON N6A 5R2  
Téléphone : 800 663-3775

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

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au paragraphe 147 (3) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Plus particulièrement, le titulaire de permis doit :

a) S'assurer que le foyer évalue tous les incidents médicamenteux survenus depuis le 1<sup>er</sup> avril 2024, y compris les incidents d'hypoglycémie sévère et d'hypoglycémie réfractaire, les réactions indésirables aux médicaments et chaque recours au glucagon au sein du foyer depuis la dernière révision des incidents survenus entre janvier et mars 2023.

b) Veiller à ce que l'évaluation soit documentée, y compris les stratégies visant à réduire et à prévenir les incidents médicamenteux et les réactions indésirables aux médicaments, à améliorer l'utilisation du glucagon et les soins et le traitement des incidents d'hypoglycémie sévère et d'hypoglycémie réfractaire, conformément aux pratiques fondées sur des données probantes, et dégager des constantes dans les incidents d'hypoglycémie sévère et d'hypoglycémie réfractaire.

c) Veiller à ce que les modifications et les améliorations définies soient documentées dans le cadre de l'évaluation, y compris la personne responsable et la manière dont les modifications et les améliorations ont été mises en œuvre, ainsi que les dates et les résultats obtenus.

**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 London**

130, avenue Dufferin, 4<sup>e</sup> étage  
London ON N6A 5R2  
Téléphone : 800 663-3775

**Motifs**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un examen trimestriel de tous les incidents liés à la médication survenus dans le foyer depuis le dernier examen soit effectué.

**Justification et résumé**

La réunion du comité de gestion des médicaments pour l'évaluation trimestrielle du système de gestion des médicaments comprenait l'examen de tous les incidents liés à la médication. Le foyer n'a pas réuni son équipe au moins une fois tous les trois mois pour évaluer tous les incidents liés à la médication entre avril et juin 2023, juillet et septembre 2023, et avril et juin 2023.

Le foyer n'a pas réalisé d'examen trimestriel de tous les incidents liés à la médication survenus dans l'établissement depuis le dernier examen. Il n'a pas été possible d'atténuer et de prévenir les incidents médicamenteux et les réactions indésirables aux médicaments en mettant en œuvre les mesures nécessaires, les changements et les améliorations possibles, pour éviter que les personnes résidentes ne soient exposées à des risques et ne subissent de préjudice.

Le directeur des soins a confirmé que les informations recueillies dans le cadre du rapport d'analyse des incidents liés aux médicaments de CareRx étaient examinées lors des réunions du comité de gestion des médicaments. Le directeur des soins a déclaré qu'il conserverait un registre des mesures prises pour atténuer et prévenir les incidents médicamenteux et les réactions indésirables aux médicaments, et qu'une discussion sur les incidents impliquant des médicaments à haut risque serait menée. Toutefois, après un examen des incidents médicamenteux survenus entre janvier et mars 2024, dans le cadre d'une réunion du comité de gestion des médicaments, on n'a procédé à aucune autre analyse ou évaluation visant 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 de London**

130, avenue Dufferin, 4<sup>e</sup> étage  
London ON N6A 5R2  
Téléphone : 800 663-3775

déterminer les améliorations à mettre en œuvre pour réduire et prévenir les incidents médicamenteux survenus entre avril et septembre 2024.

**Sources :** Procès-verbaux des réunions du comité de gestion des médicaments; rapports de CareRx; entretiens avec le personnel.

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 31 janvier 2025.**

**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 London**

130, avenue Dufferin, 4<sup>e</sup> étage  
London ON N6A 5R2  
Téléphone : 800 663-3775

## RENSEIGNEMENTS SUR LA RÉVISION/L'APPEL

**PRENDRE ACTE** Le titulaire de permis a le droit de demander une révision par le directeur du ou des présents ordres et/ou du présent avis de pénalité administrative (APA) conformément à l'article 169 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (la Loi). Le titulaire de permis peut demander au directeur de suspendre le ou les présents ordres en attendant la révision. Si un titulaire de permis demande la révision d'un APA, l'obligation de payer est suspendue jusqu'à la décision de la révision.

Remarque : En vertu de la Loi, les frais de réinspection ne peuvent faire l'objet d'une révision par le directeur ou d'un appel auprès de la Commission d'appel et de révision des services de santé (CARSS). La demande de révision par le directeur doit être présentée par écrit et signifiée au directeur dans les 28 jours suivant la date de signification de l'ordre ou de l'APA au titulaire de permis.

La demande écrite de révision doit comprendre :

- a) les parties de l'ordre ou de l'APA pour lesquelles la révision est demandée;
- b) toute observation que le titulaire de permis souhaite que le directeur prenne en considération;
- c) une adresse de signification pour le titulaire de permis.

La demande écrite de révision doit être signifiée en mains propres, par courrier recommandé, par courriel ou par service de messagerie commerciale à la personne indiquée ci-dessous.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District de London**

130, avenue Dufferin, 4<sup>e</sup> étage  
London ON N6A 5R2  
Téléphone : 800 663-3775

**Directeur**

a/s du coordonnateur des appels

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée du  
ministère des Soins de longue durée

438, avenue University, 8<sup>e</sup> étage

Toronto (Ontario) M7A 1N3

Courriel : [MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca](mailto:MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca)

Si la signification se fait :

- a) par courrier recommandé, elle est réputée être effectuée le cinquième jour après le jour de l'envoi;
- b) par courriel, elle est réputée être effectuée le jour suivant, si le document a été signifié après 16 h;
- c) par service de messagerie commerciale, elle est réputée être effectuée le deuxième jour ouvrable après la réception du document par le service de messagerie commerciale.

Si une copie de la décision du directeur n'est pas signifiée au titulaire de permis dans les 28 jours suivant la réception de la demande de révision du titulaire de permis, le ou les présents ordres et/ou le présent APA sont réputés confirmés par le directeur et, aux fins d'un appel devant la CARSS, le directeur est réputé avoir signifié au titulaire de permis une copie de ladite décision à l'expiration de la période de 28 jours.

En vertu de l'article 170 de la Loi, le titulaire de permis a le droit d'interjeter appel de l'une ou l'autre des décisions suivantes auprès de la CARSS :

- a) un ordre donné par le directeur en vertu des articles 155 à 159 de la Loi;
- b) un APA délivré par le directeur en vertu de l'article 158 de la Loi;

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District de London**

130, avenue Dufferin, 4<sup>e</sup> étage  
London ON N6A 5R2  
Téléphone : 800 663-3775

- c) la décision de révision du directeur, rendue en vertu de l'article 169 de la Loi, concernant l'ordre de conformité (art. 155) ou l'APA (art. 158) d'un inspecteur.

La CARSS est un tribunal indépendant qui n'a aucun lien avec le Ministère. Elle est établie par la législation pour examiner les questions relatives aux services de soins de santé. Si le titulaire de permis décide d'interjeter appel, il doit remettre un avis d'appel écrit dans les 28 jours suivant la date à laquelle il a reçu une copie de l'ordre, de l'APA ou de la décision du directeur qui fait l'objet de l'appel. L'avis d'appel doit être remis à la fois à la CARSS et au directeur.

**Commission d'appel et de révision des services de santé**

À l'attention du registrateur  
151, rue Bloor Ouest, 9<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario) M5S 1S4

**Directeur**

a/s du coordonnateur des appels  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée  
Ministère des Soins de longue durée  
438, avenue University, 8<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario) M7A 1N3  
Courriel : [MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca](mailto: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](http://www.hsarb.on.ca).