Ontario

Rapport d'inspection prévu par la
Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée

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, 4e étage
London (Ontario) N6A 5R2
Téléphone : 800-663-3775

Rapport public

Date d'émission du rapport : 23 janvier 2025
Numéro d'inspection : 2025-1462-0001
Type d'inspection : Inspection proactive de la conformité
Titulaire de permis : peopleCare Communities Inc.
Foyer de soins de longue durée et ville : peopleCare Oakcrossing London, London

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes :
14, 15, 16, 17, 20, 21 et 23 janvier 2025
L'inspection a eu lieu hors site à la date suivante :
22 janvier 2025

L'inspection concernait :

- Dossier : nº 00136556 – Inspection proactive de la conformité – 2025

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

Soins de la peau et prévention des plaies
Services de soins et de soutien à l'intention des personnes résidentes
Alimentation, nutrition et hydratation
Conseils des résidents et des familles
Gestion des médicaments
Prévention et contrôle des infections
Foyer sûr et sécuritaire
Prévention des mauvais traitements et de la négligence
Amélioration de la qualité
Normes en matière de dotation en personnel, de formation et de soins
Droits et choix des résidents
Gestion de la douleur

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

Non-respect rectifié

Un **non-respect** a été constaté lors de cette inspection et il a été **rectifié** par le titulaire

de permis avant la fin de l'inspection. L'inspectrice ou l'inspecteur a jugé que les mesures prises pour rectifier le non-respect correspondaient au sens du paragraphe 154(2) et qu'aucune autre mesure n'était nécessaire.

Problème de conformité nº 001 – Non-respect rectifié aux termes du paragraphe 154(2) de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (LRSLD).
Non-respect de : l'alinéa 6(10)c) de la LRSLD
Programme de soins
Paragraphe 6(1) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soit adopté, pour chaque résident, un programme de soins écrit qui établit ce qui suit :
c) des directives claires à l'égard du personnel et des autres personnes qui fournissent des soins directs au résident.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'on adopte, pour une personne résidente, un programme de soins écrit établissant des directives claires sur le recours à une intervention en lien avec l'intégrité épidermique. Les membres du personnel infirmier savaient qu'il fallait mettre en œuvre l'intervention; cependant, le programme de soins ne donnait pas de directives claires à cette fin. On a ainsi mis le programme à jour en y incluant des directives claires concernant la prévention de l'altération de l'intégrité épidermique.

Sources : Examen des dossiers cliniques liés au programme de soins de la personne résidente; démarches d'observation; entretiens avec le membre du personnel infirmier chargé des soins des plaies et la personne responsable des soins de la peau et des plaies.

Date de mise en œuvre des mesures de rectification : 21 janvier 2025

AVIS ÉCRIT : Obligation de répondre

Problème de conformité nº 002 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la LRSLD.

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

Lorsque le conseil des résidents lui a fait part de préoccupations ou de recommandations, le titulaire de permis a omis de lui répondre par écrit dans un délai de 10 jours. Plus précisément, on a exprimé des préoccupations dans les procès-verbaux de réunions du conseil des résidents, mais aucune réponse écrite n'a été fournie à cet égard.

Sources : Procès-verbaux des réunions du conseil des résidents de juillet, d'août, de septembre et d'octobre 2024; entretien avec la présidente ou le président du conseil des résidents ainsi qu'avec son adjointe ou son adjoint.

AVIS ÉCRIT : Gestion de la douleur

Problème de conformité nº 003 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la LRSLD.

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.

Le titulaire de l'autorisation n'a pas veillé à ce que, lorsque deux résidents souffraient d'une douleur qui n'avait pas été soulagée par les interventions initiales au cours d'une période d'observation de sept jours, les résidents soient évalués à l'aide du Pain Assessment/Sedation Score, qui est l'instrument d'évaluation cliniquement approprié spécifiquement conçu à cette fin.

Sources : Examen des dossiers cliniques en lien avec l'évaluation RAI-MDS, des dossiers d'administration des médicaments, des notes sur l'évolution de la situation quant à la douleur et des évaluations de la douleur concernant la personne résidente; démarches d'observation; entretiens avec la personne résidente et la personne responsable de la gestion de la douleur.

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

Problème de conformité nº 004 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la LRSLD.

Non-respect du : paragraphe 168(1) du Règl. de l'Ont. 246/22
Rapport sur l'amélioration constante de la qualité
Paragraphe 168(1) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée rédige

un rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité pour le foyer à l'égard de chaque exercice au plus tard trois mois après la fin de l'exercice. Sous réserve de l'article 271, il publie chaque rapport sur son site Web.

Le titulaire de permis a omis de rédiger un rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité pour le foyer. La directrice générale ou le directeur général a indiqué qu'on avait terminé l'élaboration du contenu et du plan de travail en lien avec l'amélioration de la qualité destinés à Qualité des services de santé Ontario, mais qu'on n'avait pas produit le rapport exigé dans la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*.

Sources : Contenu et plan de travail en lien avec l'amélioration de la qualité destinés à Qualité des services de santé Ontario et publiés sur le site Web du foyer; procès-verbaux des réunions des conseils des résidents et des familles; procès-verbaux des réunions du comité d'amélioration de la qualité; entretien avec la directrice générale ou le directeur général.