

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Rapport public modifié Page de couverture (A1)

Date d'émission du rapport modifié : 19 août 2024

Date d'émission du rapport initial : 25 juillet 2024

Numéro d'inspection : 2024-1710-0004 (A1)

Type d'inspection :

Plainte
Incident critique

Titulaire de permis : Lakeridge Health

Foyer de soins de longue durée et ville : Lakeridge Gardens, Ajax

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION MODIFIÉ

Ce rapport a été modifié pour :

- l'ordre de conformité (OC) n° 001 et n° 003 visant à fournir des orientations sur l'analyse des causes profondes. Il y est précisé que « l'analyse des causes profondes devra au minimum définir le problème, recueillir les données, identifier les facteurs de risque, identifier les causes profondes et mettre en place des solutions ».
- l'ordre de conformité (OC) n° 001, n° 002 et n° 004 visant à exiger que le ou la responsable de la pratique clinique ou un membre de l'équipe de direction achève la formation nécessaire plutôt que les gestionnaires des soins aux personnes résidentes (GSR).

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Rapport public modifié (A1)

Date d'émission du rapport modifié : 19 août 2024	
Date d'émission du rapport initial : 25 juillet 2024	
Numéro d'inspection : 2024-1710-0004 (A1)	
Type d'inspection : Plainte Incident critique	
Titulaire de permis : Lakeridge Health	
Foyer de soins de longue durée et ville : Lakeridge Gardens, Ajax	
Inspecteur principal/Inspectrice principale Rodolfo Ramon (704757)	Autres inspecteurs ou inspectrices Maria Paola Pistritto (741736) Cristina Montoya (461)
Modifié par Maria Paola Pistritto (741736)	Signature numérique de l'inspecteur/l'inspectrice qui a modifié le rapport

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION MODIFIÉ

Ce rapport a été modifié pour :

- l'ordre de conformité (OC) n° 001 et n° 003 visant à fournir des orientations sur l'analyse des causes profondes. Il y est précisé que « l'analyse des causes profondes devra au minimum définir le problème, recueillir les données, identifier les facteurs de risque, identifier les causes profondes et mettre en place des solutions ».
- l'ordre de conformité (OC) n° 001, n° 002 et n° 004 visant à demander au formateur clinique d'achever la formation nécessaire plutôt qu'aux GSR.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

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

- Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
- Gestion des médicaments
- Alimentation, nutrition et hydratation
- Prévention et contrôle des infections
- Prévention des mauvais traitements et de la négligence
- Comportements réactifs
- Rapports et plaintes
- Gestion de la douleur
- Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : DÉCLARATION DES DROITS DES RÉSIDENTS

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

Non-respect de : l'alinéa 3 (1) 16 de la LRSLD (2021)

Déclaration des droits des résidents

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

16. Le résident a droit à un hébergement, à une alimentation, à des soins et à des services qui sont convenables et qui correspondent à ses besoins.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente ait droit à une alimentation convenable qui correspond à ses besoins.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Justification et résumé

Un service de repas de midi a été observé au cours de l'inspection. La personne résidente a pris place dans la salle à manger et s'est vue servir un plat principal composé de différents types d'aliments dont la texture a été modifiée. Une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) a ensuite mélangé les aliments et a commencé à nourrir la personne résidente.

Conformément à la politique du foyer en matière de repas conviviaux, les personnes résidentes doivent bénéficier d'un environnement convivial et agréable pour savourer les aliments qui leur sont proposés. La politique indique au personnel de ne pas mélanger les aliments entre eux, sauf si cela est indiqué dans le programme de soins de la personne résidente. Le programme de soins de la personne résidente a été examiné et aucune directive de ce type n'y figurait.

La PSSP, l'infirmier autorisé ou l'infirmière autorisée (IA) et l'administrateur ou l'administratrice ont confirmé que le membre du personnel n'aurait pas dû mélanger les aliments pour la personne résidente.

Le fait de ne pas proposer un environnement de repas agréable expose la personne résidente au risque d'une alimentation inadéquate en lui fournissant un repas qui ne correspond pas à ses besoins et à ses préférences.

Sources : les observations des repas, les dossiers médicaux électroniques de la personne résidente et les entretiens avec la PSSP, l'IA et l'administrateur ou l'administratrice.

AVIS ÉCRIT : PROGRAMME DE SOINS

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

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

Programme de soins

Paragraphe 6 (10) Le titulaire de permis veille à ce que le résident fasse l'objet d'une

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

réévaluation et à ce que son programme de soins soit réexaminé et révisé tous les six mois au moins et à tout autre moment lorsque, selon le cas :

b) les besoins du résident en matière de soins évoluent ou les soins prévus dans le programme ne sont plus nécessaires;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les besoins d'une personne résidente en matière de l'utilisation de protecteurs des hanches soient réévalués lorsque la mesure d'intervention n'était plus nécessaire.

Justification et résumé

Un rapport d'incident critique (RIC) a été soumis à la directrice, indiquant qu'une personne résidente avait subi une blessure cutanée qui avait entraîné une hospitalisation.

Le programme de soins de la personne résidente indique que celle-ci présente un risque élevé de chute et qu'elle nécessite des mesures d'intervention en cas de chute. Les observations de la personne résidente et un entretien avec une PSSP ont révélé que la personne résidente avait refusé la mesure d'intervention en cas de chute.

Un entretien avec le ou la physiothérapeute (pht.) et l'IA a révélé que le programme de soins de la personne résidente n'avait pas été mis à jour lorsque celle-ci n'avait plus besoin de mesure d'intervention en cas de chute.

L'utilisation incohérente de la mesure d'intervention en cas de chute expose la personne résidente à un risque d'altération de la peau.

Sources : les dossiers médicaux électroniques de la personne résidente, les observations, les entretiens avec la PSSP et l'IA.

AVIS ÉCRIT : RAPPORTS ET PLAINTES

Problème de conformité n° 003 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 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 du Centre-Est
33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Non-respect de : l'alinéa 27 (1) a) de la LRSLD (2021)

Obligation du titulaire de permis d'enquêter, de répondre et d'agir

Paragraphe 27 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

- a) les incidents suivants qui sont présumés, soupçonnés ou observés et dont il a connaissance ou qui lui sont signalés font l'objet d'une enquête immédiate :
 - (i) les mauvais traitements infligés à un résident par qui que ce soit,
 - (ii) la négligence envers un résident de sa part ou de la part du personnel,
 - (iii) tout autre acte que prévoient les règlements;

Le titulaire de permis n'a pas enquêté immédiatement sur une allégation de mauvais traitements signalée par une personne résidente.

Justification et résumé

La directrice a reçu une plainte anonyme concernant la prestation de soins par le personnel du foyer. L'examen des dossiers électroniques de la personne résidente a révélé que cette dernière avait fait une allégation de mauvais traitements de la part d'une PSSP auprès d'un infirmier auxiliaire autorisé ou d'une infirmière auxiliaire autorisée (IAA). L'IAA a rempli un rapport d'incident dans l'outil Point Click Care (PCC), mais n'a pas immédiatement enquêté sur l'allégation.

La personne résidente a communiqué avec le ou la gestionnaire des soins aux personnes résidentes (GSR) pour signaler le même incident et c'est à ce moment-là qu'un RIC a été soumis à la directrice.

Le ou la GSR et la directrice des soins infirmiers (DSI) ont confirmé que l'allégation de mauvais traitements de la personne résidente aurait dû faire l'objet d'une enquête immédiatement après avoir été signalée.

Le fait de ne pas enquêter sur l'allégation de mauvais traitements de la personne résidente aurait pu exposer cette dernière à un risque de mauvais traitements supplémentaires de la part de la PSSP.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Sources : les dossiers électroniques de la personne résidente, le RIC, les entretiens avec le ou la GSR et la directrice des soins infirmiers.

AVIS ÉCRIT : OBLIGATION DE FAIRE RAPPORT AU DIRECTEUR DANS CERTAINS CAS

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

Non-respect de : l'alinéa 28 (1) 2 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.

Le titulaire de permis n'a pas signalé immédiatement à la directrice qu'une personne résidente avait fait part d'une allégation de mauvais traitements.

Justification et résumé

Une plainte a été déposée auprès de la directrice au sujet des soins prodigués par le personnel du foyer. Un ou une IAA a reçu une plainte verbale de la part d'une personne résidente indiquant qu'une PSSP avait été brusque lors de la prestation des soins. L'IAA a documenté un rapport d'incident dans l'outil Point Click Care (PCC) afin que celui-ci soit examiné par le ou la GSR.

Le ou la GSR a reconnu qu'il ou elle n'avait pas examiné le rapport de l'IAA et que l'allégation de mauvais traitements n'avait pas été immédiatement signalée à la directrice.

Ministère des Soins de longue durée

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

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

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que la directrice soit informée de toute allégation de mauvais traitements aurait pu entraîner un risque supplémentaire pour la personne résidente.

Sources : les dossiers médicaux électroniques de la personne résidente et l'entretien avec l'IAA et le ou la GSR.

AVIS ÉCRIT : OBLIGATION DE FAIRE RAPPORT AU DIRECTEUR DANS CERTAINS CAS

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

Non-respect de : l'alinéa 28 (1) 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 :

1. L'administration d'un traitement ou de soins à un résident de façon inappropriée ou incompétente, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les cas présumés de mauvais traitements à l'égard d'une personne résidente soient signalés à la directrice.

Justification et résumé

Un RIC a été soumis au ministère des Soins de longue durée (MSLD) concernant une plainte écrite dans laquelle l'auteur a fait part de plusieurs préoccupations au sujet du foyer, y compris une allégation de soins inadéquats. Une demande de modification a été soumise au foyer par le MSLD, lui demandant de soumettre un RIC distinct relatif aux soins inadéquats.

Les dossiers du foyer indiquent qu'aucun RIC n'a été soumis en rapport avec l'allégation de soins inadéquats prodigués à la personne résidente. Le ou la GSR a

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

confirmé que le foyer n'avait pas soumis au MSLD un RIC relatif à des soins inadéquats.

Le fait de ne pas avoir signalé des soins inadéquats à la directrice aurait pu empêcher le foyer d'identifier d'autres risques de soins inadéquats.

Sources : les dossiers du foyer, l'entretien avec le ou la GSR.

AVIS ÉCRIT : EFFETS PERSONNELS

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

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

Effets personnels et aides personnelles

Paragraphe 41 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque résident du foyer ait ses effets personnels, notamment ses aides personnelles, comme des prothèses dentaires, des lunettes et des aides auditives :
a) étiquetés, dans les 48 heures de son admission et, dans le cas de nouveaux effets, de leur acquisition.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les effets personnels soient étiquetés dans la salle de spa du foyer.

Justification et résumé

Lors de l'inspection du foyer, des effets personnels ont été observés sans étiquette. Le ou la responsable de la prévention et du contrôle des infections (PCI) a confirmé que tous les effets personnels des personnes résidentes devaient être étiquetés à leur nom.

Le fait de ne pas veiller à ce que les effets personnels des personnes résidentes soient étiquetés expose ces dernières à un risque de contracter des maladies infectieuses.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Sources : les observations, l'entretien avec le ou la responsable de la PCI.

AVIS ÉCRIT : GESTION DE LA DOULEUR

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

Le titulaire de permis n'a pas évalué une personne résidente à l'aide d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique lorsque sa douleur n'a pas été soulagée par la mesure d'intervention initiale.

Justification et résumé

La directrice a reçu une plainte alléguant qu'un ou une IAA n'avait pas administré d'analgésiques à une personne résidente.

Un examen des dossiers médicaux électroniques de la personne résidente a révélé que cette dernière avait éprouvé de la douleur. Une dose d'analgésique a été administrée, le même jour, à la personne résidente. Quelques heures plus tard, la douleur persistait malgré la mesure d'intervention.

Un examen de la politique du foyer en matière d'analgésiques a révélé que l'infirmier ou l'infirmière devait remplir une évaluation complète de la douleur dans le dossier médical de la personne résidente lorsque cette dernière éprouvait de la douleur.

Ministère des Soins de longue durée

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

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

Les dossiers de la personne résidente ont été examinés plus en détail, mais aucune documentation n'attestait la réalisation de l'évaluation complète de la douleur requise.

Un ou une IA et la DSI ont confirmé qu'un formulaire d'évaluation complet de la douleur aurait dû être rempli pour la personne résidente.

Le fait de ne pas évaluer l'efficacité des mesures d'interventions contre la douleur par le biais d'évaluations complètes de la douleur a exposé la personne résidente à un risque de retard de traitement et d'aggravation de la douleur.

Sources : les dossiers médicaux électroniques de la personne résidente, le programme d'évaluation et de gestion de la douleur du foyer, ainsi que les entretiens avec un ou une IA et la DSI.

AVIS ÉCRIT : COMPORTEMENTS RÉACTIFS

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

Non-respect de : l'alinéa 58 (2) c) du Règl. de l'Ont. 246/22

Comportements réactifs

Paragraphe 58 (2) Le titulaire de permis veille à ce que les éléments visés au paragraphe (1), formulés dans le cadre de tous les programmes et services, soient à la fois :

(c) coordonnés et mis en œuvre selon une méthode interdisciplinaire.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, dans le cadre de tous les programmes et services, les éléments visés au paragraphe (1) soient coordonnés et mis en œuvre selon une méthode interdisciplinaire.

Justification et résumé

La directrice a reçu une plainte concernant les comportements réactifs d'une personne résidente. Les recommandations faites par Ontario Shores pour la

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

personne résidente comprenaient une mesure d'intervention précise avant la prestation des soins précisés.

Le programme de soins de la personne résidente n'indique pas la mesure d'intervention recommandée par Ontario Shores. Le ou la responsable du programme ontarien de soutien en cas de troubles du comportement a confirmé qu'il ou elle n'avait pas mis à jour le programme de soins de la personne résidente et qu'il ou elle n'avait pas mis en œuvre la mesure d'intervention. Le ou la responsable du programme ontarien de soutien en cas de troubles du comportement et la personne préposée aux services de soutien personnel en cas de troubles du comportement (PSSP-TC) ont confirmé que les PSSP ne demandaient pas la mesure d'intervention avant les soins.

Le fait de ne pas mettre en œuvre et de ne pas coordonner les mesures d'intervention selon une méthode interdisciplinaire expose la personne résidente à un risque de blessure.

Sources : l'examen du programme de soins de la personne résidente et l'entretien avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : COMPORTEMENTS RÉACTIFS

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

Non-respect de : l'alinéa 58 (4) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Comportements réactifs

Paragraphe 58 (4) Le titulaire de permis veille à ce qui suit pour chaque résident qui affiche des comportements réactifs :

b) des stratégies sont élaborées et mises en œuvre pour réagir à ces comportements, dans la mesure du possible.

Ministère des Soins de longue durée

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

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des stratégies soient élaborées et mises en œuvre pour réagir aux comportements réactifs d'une personne résidente.

Justification et résumé

La directrice a reçu une plainte concernant les soins prodigués à une personne résidente. Les recommandations faites par Ontario Shores pour la personne résidente comprenaient une mesure d'intervention précise.

L'examen du programme de soins de la personne résidente n'a pas permis d'identifier la mesure d'intervention. Une PSSP a confirmé qu'elle avait recours à la mesure d'intervention, mais qu'elle ne l'avait pas appliquée récemment. Le ou la responsable du programme ontarien de soutien en cas de troubles du comportement a confirmé qu'il ou elle avait recours à la mesure d'intervention, mais que le personnel n'y avait plus accès. Le ou la responsable du programme ontarien de soutien en cas de troubles du comportement a confirmé que le recours à la mesure d'intervention avait été négligé.

L'examen du programme de soins a permis d'identifier un médicament à administrer avant les soins. Une PSSP et le ou la responsable du programme ontarien de soutien en cas de troubles du comportement ont confirmé que le médicament n'était pas administré à la personne résidente. Le dossier de la personne résidente indique qu'elle avait besoin du médicament en raison de la manifestation de comportements réactifs à deux reprises. Dans les deux cas, les dossiers indiquent que la personne résidente ne s'est pas vue administrer le médicament.

Le fait de ne pas mettre en œuvre les recommandations relatives aux comportements de la personne résidente a exposé cette dernière au risque que ses besoins ne soient pas satisfaits.

Sources : les observations et les entretiens avec les membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : PRÉPARATION ALIMENTAIRE

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

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

LRSLD (2021)

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

Préparation alimentaire

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

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer soit doté d'un équipement de restauration collective suffisant pour préparer, transporter et maintenir des aliments chauds et froids périssables à des températures sûres.

Justification et résumé

La directrice a reçu une plainte concernant des aliments servis froids. Le foyer utilisait un dispositif permettant de maintenir les aliments à la température souhaitée.

Les procès-verbaux des réunions du conseil des familles ont confirmé les préoccupations concernant les aliments servis froids. Les notes indiquent également qu'un superviseur ou qu'une superviseure en diététique a proposé d'examiner les chauffe-aliments pour s'assurer qu'ils maintenaient les aliments au chaud.

La température de service sûre, comme prescrite par le foyer pour les aliments chauds, se situe entre 60 et 75 degrés Celsius. L'examen des registres quotidiens de température de la cafétéria a révélé la présence d'aliments chauds à une température inférieure à 60 degrés Celsius. Les procès-verbaux des réunions du conseil des résidents font état d'un historique de plaintes concernant la nourriture froide. Deux aides en diététique et deux superviseurs ou superviseures en diététique ont confirmé avoir reçu des plaintes concernant des aliments froids et les avoir attribuées aux dispositifs de réchauffement des aliments.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Les superviseurs ou superviseuses en diététique n° 100 et n° 109 ont confirmé qu'il n'y avait pas assez d'espace pour conserver les aliments chauds et qu'ils communiquaient avec le fabricant pour disposer de plus d'espace pour maintenir les aliments chauds.

Le fait que les aliments ne soient pas conservés à des températures acceptables compromet l'état nutritionnel des personnes résidentes.

Sources : les procès-verbaux des réunions du conseil des résidents, les registres quotidiens de la température de la cafétéria, les observations et les entretiens avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE DES INFECTIONS

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

Non-respect de : l'alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programme de prévention et de contrôle des infections

Paragraphe 102 (2) Le titulaire de permis met en œuvre ce qui suit :

b) les normes ou protocoles que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections. Paragraphe 102 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

1) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que toute norme ou tout protocole délivré par la directrice à l'égard de la prévention et du contrôle des infections soit mis en œuvre. Plus précisément, le titulaire de permis n'a pas veillé à l'utilisation appropriée de l'équipement de protection individuelle (EPI).

Justification et résumé

Selon l'article 9.1 de la norme de PCI pour les foyers de soins de longue durée, révisée en septembre 2023, le titulaire de permis devait s'assurer que les pratiques de base suivies dans le cadre du programme de PCI et, au minimum, l'utilisation

Ministère des Soins de longue durée

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

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

appropriée d'EPI, y compris le choix, l'application, le retrait et l'élimination appropriés, soient respectées.

Lors des observations, il a été constaté que plusieurs membres du personnel portaient un masque chirurgical sous le nez et le menton. La politique du titulaire de permis intitulée « Routine Practice and Additional Precautions » (Pratiques de base et précautions supplémentaires) indiquait que le port d'un masque devait bien couvrir la bouche et le nez.

Une PSSP a confirmé à l'inspecteur ou l'inspectrice que le personnel qui porte un masque doit s'assurer qu'il est porté au-dessus du nez et sous le menton. Le ou la responsable de la PCI a confirmé que les attentes du foyer exigeaient que tous les membres du personnel qui doivent porter un masque le portent au-dessus du nez.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que l'EPI soit utilisé correctement aurait pu entraîner la propagation de maladies infectieuses dans le foyer.

Sources : les observations, la politique en matière de pratiques de base et de précautions supplémentaires, les entretiens avec une PSSP et le ou la responsable de la PCI.

2) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que toute norme ou tout protocole délivré par la directrice à l'égard de la prévention et du contrôle des infections soit mis en œuvre. Plus précisément, le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les gants soient utilisés de manière appropriée.

Justification et résumé

Selon l'article 9.1 de la norme de PCI pour les foyers de soins de longue durée, révisée en septembre 2023, le titulaire de permis devait s'assurer que les pratiques de base suivies dans le cadre du programme de PCI et, au minimum, l'utilisation appropriée d'EPI, y compris le choix, l'application, le retrait et l'élimination appropriés, soient respectées.

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District du Centre-Est33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844 231-5702

Lors de l'observation des repas, un ou une aide en diététique a été observé(e) en train de toucher les poignées de porte, les trousseaux de clés et les poignées des chariots de nourriture. L'aide en diététique a préparé un sandwich pour une personne résidente en portant la même paire de gants.

La politique du foyer intitulée « Routine Practice and Additional Precautions » (Pratiques de base et précautions supplémentaires) indique que les gants ne doivent être utilisés qu'une seule fois. Le ou la responsable de la PCI a confirmé que les gants ne devaient être utilisés que pour une seule tâche.

Le fait de ne pas utiliser de gants de manière appropriée a exposé les personnes résidentes à un risque de contracter des maladies infectieuses.

Sources : les observations, la politique en matière de pratiques de base et de précautions supplémentaires, les entretiens avec l'aide en diététique et le ou la responsable de la PCI.

3) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que toute norme ou tout protocole délivré par la directrice à l'égard de la prévention et du contrôle des infections soit mis en œuvre. Plus précisément, le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'équipement de protection individuelle (EPI) soit accessible au personnel.

Justification et résumé

Selon l'article 6.1 b) de la norme de PCI pour les foyers de soins de longue durée, révisée en septembre 2023, le titulaire de permis devait assurer un accès adéquat à l'EPI pour les pratiques de base et les précautions supplémentaires.

Lors des visites du foyer, il a été observé qu'une affiche relative à la protection contre les gouttelettes et un chariot d'EPI étaient apposés sur la porte de la chambre d'une personne résidente. L'inspecteur ou l'inspectrice a constaté que le chariot ne contenait pas d'équipement de protection oculaire.

La politique du titulaire de permis intitulée « Routine Practice and Additional Precautions » (Pratiques de base et précautions supplémentaires) stipule que pour

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

une personne résidente faisant l'objet de précautions contre les gouttelettes et les contacts, le personnel doit avoir accès à une protection oculaire avant d'approcher la personne résidente. Le ou la responsable de la PCI a également confirmé que des chariots contenant l'équipement de précaution supplémentaire devaient contenir des écrans faciaux que le personnel doit utiliser avant d'entrer dans la chambre de la personne résidente.

Le fait que le personnel n'ait pas eu accès aux EPI aurait pu entraîner la propagation de maladies infectieuses dans le foyer.

Sources : les observations, la politique en matière de pratiques de base et de précautions supplémentaires, les entretiens avec le ou la responsable de la PCI.

AVIS ÉCRIT : GESTION DES PLAINTES

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

Non-respect du : sous-alinéa 108 (1) 3. i. 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 :

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*.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la réponse fournie à l'auteur d'une plainte comprenne le numéro de téléphone sans frais du ministère pour les plaintes au sujet des foyers, ses heures de service et les coordonnées de la personne-ressource.

Ministère des Soins de longue durée

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

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

Justification et résumé

Le foyer de soins de longue durée a reçu une plainte concernant les soins prodigués à une personne résidente. Une réponse écrite a été transmise à l'auteur de la plainte.

Un examen de la réponse transmise à l'auteur de la plainte n'a pas indiqué que le foyer avait fourni le numéro de téléphone sans frais du ministère pour les plaintes au sujet des foyers, ainsi que ses heures de service et les coordonnées de la personne-ressource.

Le ou la GSR qui a transmis la réponse à l'auteur de la plainte a confirmé que la réponse ne comprenait pas le numéro de téléphone sans frais du ministère pour les plaintes au sujet des foyers, ses heures de service ou les coordonnées de la personne-ressource.

Le fait de ne pas avoir fourni à l'auteur de la plainte le numéro de téléphone sans frais du ministère pour les plaintes au sujet des foyers, ses heures de service et les coordonnées de la personne-ressource, aurait pu empêcher l'auteur de la plainte de communiquer avec le ministère en composant le numéro de téléphone sans frais pour formuler une plainte.

Sources : les dossiers de plaintes du foyer et l'entretien avec le ou la GSR.

AVIS ÉCRIT : GESTION DES PLAINTES

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

Non-respect du : sous-alinéa 108 (1) 3. iii 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 :

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

Ministère des Soins de longue durée

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

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

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 réponse fournie à l'auteur d'une plainte comprenne une confirmation que le titulaire de permis était tenu de transmettre immédiatement la plainte à la directrice.

Justification et résumé

Le foyer de soins de longue durée a reçu une plainte concernant les soins prodigués à une personne résidente. Une réponse écrite a été transmise à l'auteur de la plainte.

L'examen de la réponse transmise à l'auteur de la plainte n'a pas révélé que le foyer avait confirmé que le titulaire de permis était tenu de transmettre immédiatement la plainte à la directrice.

Le ou la GSR qui a transmis la réponse à l'auteur de la plainte a confirmé que la réponse n'incluait pas la confirmation que le titulaire de permis était tenu de transmettre immédiatement la plainte à la directrice.

Le fait de ne pas communiquer à l'auteur de la plainte l'obligation du foyer de transmettre la plainte à la directrice a entraîné un manque de transparence au cours de la procédure de gestion des plaintes.

Sources : les dossiers de plaintes du foyer et l'entretien avec le ou la GSR n° 130.

AVIS ÉCRIT : SYSTÈME DE GESTION DES MÉDICAMENTS

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

Non-respect de : l'alinéa 123 (3) a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Système de gestion des médicaments

Paragraphe 123 (3) Les politiques et protocoles écrits doivent :

(a) être élaborés, mis en œuvre, évalués et mis à jour conformément aux pratiques

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises.

Le titulaire de permis n'a pas mis en œuvre sa politique de gestion des médicaments pour une personne résidente, en particulier les médicaments Pro Re Nata (PRN).

Justification et résumé

La directrice a reçu une plainte alléguant qu'un ou une IAA n'avait pas administré d'analgésiques à une personne résidente.

La personne résidente avait une ordonnance pour un analgésique à administrer selon les besoins, ou PRN. Un examen des registres d'administration des médicaments de la personne résidente a montré que le personnel infirmier autorisé avait administré l'analgésique PRN à la personne résidente à plusieurs reprises. Cependant, il n'y avait pas de documentation concernant une réévaluation par un médecin ou un infirmier praticien ou une infirmière praticienne.

La politique de gestion des analgésiques du foyer exige que l'équipe interdisciplinaire documente la concentration et la dose du médicament administré ainsi que la raison de son administration. Les médicaments prescrits au besoin qui sont administrés régulièrement auraient dû être signalés au médecin ou à l'infirmier praticien ou l'infirmière praticienne pour être réévalués s'ils étaient administrés dans le cadre d'un programme de soins régulier.

L'IAA qui administrait régulièrement l'analgésique à la personne résidente a indiqué qu'il ou elle ne l'avait pas signalé à l'infirmier praticien ou l'infirmière praticienne puisque les médicaments étaient administrés à la demande de la personne résidente.

L'IA et l'infirmier praticien ou l'infirmière praticienne ont confirmé que les analgésiques PRN de la personne résidente n'avaient pas fait l'objet d'une

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

réévaluation malgré leur administration régulière et leur effet irrégulier sur le soulagement de la douleur de la personne résidente.

Le fait de ne pas avoir réévalué l'utilisation des analgésiques PRN par la personne résidente l'expose à un risque de douleur non maîtrisée et à une diminution de sa qualité de vie.

Sources : les dossiers électroniques de la personne résidente, la politique de gestion des médicaments du foyer, les entretiens avec la personne résidente, l'IAA, l'IA et l'infirmier praticien ou l'infirmière praticienne.

AVIS ÉCRIT : LIEU DE CONSERVATION DES DOSSIERS

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

Non-respect de : l'alinéa 281 (1) 1 du Règl. de l'Ont. 246/22

Lieu de conservation des dossiers

Paragraphe 281 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les dossiers suivants soient conservés au foyer :

1. Les dossiers des membres du personnel actuels.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les dossiers des membres du personnel actuels soient conservés au foyer.

Justification et résumé

La directrice a reçu un RIC concernant une allégation de mauvais traitements du personnel envers une personne résidente. Le premier jour de l'inspection, les inspecteurs ou inspectrices ont informé le foyer qu'il serait nécessaire d'accéder aux dossiers des employés. L'administrateur ou l'administratrice a informé les inspecteurs ou inspectrices que les dossiers étaient conservés de manière virtuelle au siège social et que le foyer pouvait fournir le dossier de l'employé sous forme numérique, par messagerie ou en personne.

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District du Centre-Est33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844 231-5702

Pendant toute la durée de l'inspection, les dossiers des employés demandés n'étaient pas immédiatement accessibles, car les renseignements étaient conservés sous forme électronique dans le service des ressources humaines (RH), situé dans un autre lieu. Le dossier de l'employé a été demandé dans son intégralité, mais n'a été fourni que par extraits à différents moments. En outre, l'inspecteur ou l'inspectrice a demandé à la DSI et à l'administrateur ou l'administratrice des notes d'enquête concernant un incident survenu au cours d'un mois donné pour une PSSP et n'a pas reçu les renseignements avant la fin de l'inspection.

Le fait de ne pas avoir un accès immédiat aux dossiers des employés expose les personnes résidentes à des risques de mauvais traitements et de négligence.

Sources : l'examen des notes d'enquête de la PSSP et l'entretien avec le personnel.

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 001 OBLIGATION DE PROTÉGER

Problème de conformité n° 016 Ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 24 (1) de la LRSLD (2021)

Obligation de protéger

Paragraphe 24 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée protège les résidents contre les mauvais traitements de la part de qui que ce soit et veille à ce que les résidents ne fassent l'objet d'aucune négligence de sa part ou de la part du personnel.

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

1) Le ou la responsable de la pratique clinique ou un membre de l'équipe de direction doit dispenser une formation en personne à l'ensemble du personnel autorisé et des PSSP, y compris le personnel d'agence, sur la prévention des mauvais traitements et de la négligence.

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District du Centre-Est33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844 231-5702

- a) L'éducation en matière de prévention des mauvais traitements et de la négligence doit au minimum se concentrer sur les exigences législatives connexes en vertu de la LRSLD et du Règl. de l'Ont. 246/22, l'obligation de signaler les cas de mauvais traitements ainsi que les processus et protocoles internes du foyer en matière de prévention des mauvais traitements et de la négligence.
- b) L'équipe de gestion des soins infirmiers doit élaborer et mettre en œuvre un plan de sécurité pour les personnes résidentes lorsque la PSSP n° 120 est en poste et fournit des soins directs aux personnes résidentes. Le plan doit prévoir, au minimum, la surveillance et la supervision d'un infirmier autorisé ou d'une infirmière autorisée responsable lorsque la PSSP n° 120 travaille auprès des personnes résidentes, ainsi que la vérification des mécanismes mis en place pour garantir la sécurité des personnes résidentes auxquels la PSSP n° 120 fournit des soins ou avec lesquelles elle est en contact. L'équipe de gestion des soins infirmiers doit consigner la mise en œuvre du plan de sécurité des personnes résidentes, y compris les dates, les mécanismes de surveillance et la supervision en place, ainsi que tout problème relevé pendant les quarts de travail.
- c) Le ou la GSR n° 117 doit élaborer et mettre en œuvre un plan de suivi des soins dispensés par la PSSP n° 120 lors de chacun de ses quarts de travail pendant au moins 30 jours, c'est-à-dire tous les quarts de travail, y compris les soirs, les fins de semaine et les jours fériés.
- d) Le ou la GSR n° 117 ou la personne désignée par la direction effectuera des vérifications aléatoires des interactions de la PSSP n° 120 avec les personnes résidentes pendant au moins quatre semaines. Si un soutien supplémentaire est fourni, conserver une trace écrite de la formation dispensée, de la date d'achèvement de la formation et du contenu du matériel d'éducation et de formation.

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District du Centre-Est33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844 231-5702

- e) L'administrateur ou l'administratrice doit procéder à une analyse des causes profondes. Cette analyse devra au minimum définir le problème, recueillir des données, identifier les facteurs de risque, identifier les causes profondes et mettre en œuvre des solutions pour toutes les allégations de mauvais traitements infligés par le personnel à des personnes résidentes et ayant entraîné des blessures physiques ou émotionnelles et identifier des stratégies d'atténuation pour éviter que de telles situations ne se reproduisent pendant une période de trois semaines. Conserver une trace écrite de l'analyse des causes profondes et des stratégies d'atténuation.
- f) b) Conserver une trace écrite de la formation dispensée, des personnes qui l'ont reçue, de la date d'achèvement de la formation et du contenu du matériel d'éducation et de formation.
- g) Mettre ce dossier à la disposition de l'inspecteur ou de l'inspectrice dès qu'il ou elle en fait la demande.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas protégé une personne résidente contre les mauvais traitements infligés par qui que ce soit.

Justification et résumé

La directrice a reçu un RIC concernant de mauvais traitements d'ordre physique infligés par un membre du personnel envers une personne résidente. Actuellement, la directrice a reçu trois RIC concernant une PSSP et de mauvais traitements infligés à des personnes résidentes. Au cours de l'inspection, une personne résidente a pu se souvenir mot pour mot de l'incident tel qu'il a été présenté dans le RIC à l'inspecteur ou l'inspectrice n° 741736. La personne résidente a pu donner des détails sur une PSSP qui avait fait usage de la force physique pour l'empêcher de tomber. La personne résidente a confirmé qu'elle avait demandé à ce que la PSSP ne s'occupe plus d'elle à la suite de cette interaction.

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District du Centre-Est33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844 231-5702

Le RIC indique que la personne résidente était sur le point de tomber lorsque la PSSP a fait usage de la force physique pour l'empêcher de tomber. Lors d'un entretien avec la PSSP, celle-ci a confirmé avoir saisi la personne résidente pour l'empêcher de tomber. La PSSP a confirmé qu'elle n'était pas censée saisir la personne résidente et la laisser tomber.

Le travailleur social ou la travailleuse sociale et la DSI ont confirmé qu'il ou elle était préoccupé(e) par le fait que la PSSP était impliquée dans trois incidents distincts de mauvais traitements cette année. Le ou la GSR a confirmé que la PSSP n° 120 était inscrite à une formation interne, mais qu'elle ne l'avait pas encore achevée. La DSI a confirmé que la PSSP devait suivre la formation demandée avant de retourner dans son unité.

Le ou la GSR et la DSI ont confirmé l'existence de lacunes dans le suivi de la PSSP lors de son retour au travail.

L'examen des documents de formation du foyer a confirmé que les modules de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, y compris la relation thérapeutique entre l'infirmier ou l'infirmière et le client et la prévention des mauvais traitements, de la première à la septième partie, ont été achevés après les deux premiers incidents de mauvais traitements présumés. La PSSP était inscrite à la même formation, mais ne l'a pas achevée avant de reprendre le travail pour l'accusation la plus récente. L'examen du dossier de l'employé a confirmé que la seule demande du foyer après les trois incidents de cette année consistait à achever les modules d'apprentissage en ligne de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario.

Le fait de ne pas avoir protégé les personnes résidentes contre les mauvais traitements et la négligence de la PSSP a mis les personnes résidentes en danger.

Sources : l'entretien avec le personnel et la personne résidente et l'examen du dossier de la PSSP.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le :

4 octobre 2024.

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 002 COMPORTEMENTS

RÉACTIFS

Problème de conformité n° 017 Ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 58 (4) c) du Règl. de l'Ont. 246/22

Comportements réactifs

Paragraphe 58 (4) Le titulaire de permis veille à ce qui suit pour chaque résident qui affiche des comportements réactifs :

(c) des mesures sont prises pour répondre aux besoins du résident, notamment des évaluations, des réévaluations et des interventions, et les réactions du résident aux interventions sont documentées.

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

L'équipe du programme ontarien de soutien en cas de troubles du comportement doit élaborer et mettre en œuvre un processus pour s'assurer que l'ensemble du personnel autorisé et des PSSP qui s'occupent des personnes résidentes n° 005 et n° 007 soient informés des mesures d'interventions utilisées pour soutenir les personnes résidentes qui affichent des comportements, y compris, mais sans s'y limiter, le système d'observation de la démence et la documentation.

a) Le ou la responsable de la pratique clinique ou un membre de l'équipe de direction doit fournir une formation sur les mesures d'interventions en matière de comportements, y compris le système d'observation de la démence et la documentation. La formation doit être dispensée en personne et les documents relatifs à cette formation doivent être conservés, y compris le nom de l'employé, la date de la formation, la formation dispensée et le nom de la personne qui l'a dispensée.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

b) L'infirmier ou l'infirmière gestionnaire doit élaborer et mettre en œuvre un processus visant à s'assurer que le personnel autorisé et les PSSP qui prodiguent des soins aux personnes résidentes n° 005 et n° 007 passent en revue leurs programmes de soins avant le début de leur quart de travail. Un ou une GSR doit former à ce processus les PSSP et le personnel autorisé qui s'occupent des personnes résidentes n° 005 et n° 007. Le processus doit être mis en œuvre pendant une période de quatre semaines.

c) L'infirmier ou l'infirmière gestionnaire doit former à nouveau le personnel autorisé qui s'occupe de la personne résidente n° 007 sur le processus de documentation dans le système d'observation de la démence. Conserver un dossier consignait les renseignements suivant : le nom de l'employé formé, la date, le nom de la personne qui a dispensé la formation et la nature de celle-ci, ainsi que tout soutien supplémentaire apporté aux employés.

B) Conserver une trace écrite de la formation dispensée, des personnes qui l'ont reçue, de la date d'achèvement de la formation et du contenu du matériel d'éducation et de formation.

E) Mettre ce dossier à la disposition de l'inspecteur ou l'inspectrice dès qu'il ou elle en fait la demande.

Motifs

1) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'outil d'évaluation du système d'observation de la démence soit rempli pour chaque personne résidente.

Justification et résumé

Un RIC a été soumis au MSLD concernant un incident lié à de mauvais traitements entre les personnes résidentes n° 007 et n° 008. Selon le RIC, la personne résidente n° 008 est entrée dans la chambre de la personne résidente n° 007 qui l'a griffé au visage.

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District du Centre-Est33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844 231-5702

À la suite de cet incident, la personne résidente n° 007 a été placée en observation à l'aide de l'outil d'évaluation du système d'observation de la démence. Le ou la GSR a déclaré que l'objectif de l'outil d'évaluation du système d'observation de la démence consistait à documenter le comportement de la personne résidente pendant une période donnée et d'effectuer une analyse permettant d'évaluer les comportements, les déclencheurs et les tendances de la personne résidente.

Un examen de l'outil d'évaluation du système d'observation de la démence de la personne résidente n° 007 a indiqué que l'analyse n'avait pas été effectuée. Le ou la GSR a également confirmé que l'analyse aurait dû être effectuée.

Le fait de ne pas remplir l'outil d'évaluation du système d'observation de la démence aurait pu empêcher le foyer d'identifier les déclencheurs et les mesures d'interventions supplémentaires.

Sources : les dossiers de la personne résidente n° 007, l'entretien avec le ou la GSR.

2) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des mesures soient prises pour répondre aux besoins d'une personne résidente présentant des comportements réactifs, notamment des évaluations, des réévaluations et des mesures d'interventions, et à ce que les réactions de la personne résidente aux mesures d'intervention soient documentées.

Justification et résumé

La directrice a reçu une plainte concernant les soins prodigués à une personne résidente. Le programme de soins de la personne résidente identifie des stratégies pour répondre à ses besoins en matière d'hygiène. Le programme de soins indique qu'un médicament doit être administré avant la prestation des soins personnels.

L'examen du programme de soins a permis d'identifier un médicament à administrer avant les soins afin d'en faciliter la prestation. Une PSSP et l'équipe du programme ontarien de soutien en cas de troubles du comportement ont confirmé que la PSSP ne demandait pas le médicament avant de prodiguer les soins.

Ministère des Soins de longue durée

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

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

L'examen du programme de soins a permis d'identifier un médicament à administrer avant les soins. Une PSSP et le ou la responsable du programme ontarien de soutien en cas de troubles du comportement ont confirmé que le médicament n'était pas administré à la personne résidente. Le dossier de la personne résidente indique qu'elle avait besoin du médicament en raison de la manifestation de comportements réactifs à deux reprises. Dans les deux cas, les dossiers indiquent que la personne résidente ne s'est pas vue administrer le médicament.

Le registre d'administration des médicaments indique que la personne résidente s'est vue administrer le médicament le jour précisé. L'examen des notes d'évolution n'a pas révélé qu'une note concernant le médicament PRN, comprenant une évaluation et indiquant si l'intervention médicamenteuse était efficace ou non, figurait au registre numérique d'administration des médicaments.

Le fait de ne pas avoir évalué la personne résidente après l'administration d'un médicament a empêché le foyer d'identifier des stratégies de prévention du comportement réactif.

Sources : l'examen du programme de soins et du registre d'administration des médicaments de la personne résidente et l'entretien avec le personnel.

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

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 003 SERVICE DE RESTAURATION ET DE COLLATION

Problème de conformité n° 018 Ordre aux termes de l'alinéa 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

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

Service de restauration et de collation

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

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

minimum les éléments suivants :

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

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

Les responsables de l'alimentation doivent former à nouveau l'ensemble des membres du personnel chargé de la manipulation des aliments sur les températures des aliments et sur ce qu'ils doivent faire lorsque la température se situe en dehors de la fourchette de températures sûres.

1) Le foyer doit procéder à une analyse des causes profondes. L'analyse des causes profondes doit au minimum définir le problème, recueillir des données, identifier les facteurs de risque, identifier les causes profondes et mettre en œuvre des solutions en cas de températures incorrectes des aliments, ainsi qu'élaborer et mettre en œuvre un plan pour remédier aux températures déplaisantes des aliments.

2) Pendant au moins quatre semaines, les superviseurs en diététique de tous les étages seront présents pour le service alimentaire afin de soutenir le personnel et de prendre des mesures correctives concernant les températures des aliments. Cela inclut le service de plateaux-repas. La documentation doit être conservée pour chaque jour et doit mentionner toutes les mesures correctives fournies au personnel, le nom des membres du personnel et le soutien correctif fourni.

3) Une fois les quatre semaines écoulées, les températures de tous les repas servis à tous les étages doivent faire l'objet d'une vérification hebdomadaire. Les documents relatifs aux vérifications doivent être conservés avec le nom de l'employé, la date et l'aide apportée au membre du personnel.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer dispose d'un service de restauration et de collation comprenant au moins les éléments suivants : les

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

aliments et les liquides sont servis à une température sûre et appétissante pour les personnes résidentes.

Justification et résumé

La directrice a reçu une plainte concernant des aliments servis froids. Le programme de soins d'une personne résidente indique qu'elle présente un risque nutritionnel élevé en raison de son diagnostic médical.

Les formulaires relatifs à la température de service indiquent que la fourchette de températures sûres pour le service des aliments chauds est comprise entre 60 et 75 degrés et qu'elle est inférieure à 4 degrés pour les aliments froids. Les formulaires relatifs à la température de service ont été identifiés comme étant inférieurs à 60 degrés sans qu'aucune mesure corrective n'ait été prise. Un superviseur ou une superviseure en diététique a confirmé que lorsque la température d'un aliment est inférieure à 60 degrés, le rôle du personnel est de documenter l'action corrective pour cet aliment.

Deux aides en diététique ont confirmé avoir reçu des plaintes concernant des aliments froids, qu'elles attribuaient aux tables de conservation des aliments. Le ou la diététiste a confirmé qu'il ou elle avait reçu des plaintes concernant des aliments froids et qu'il ou elle en avait fait part au service alimentaire. Le ou la gestionnaire en diététique et le superviseur ou la superviseure en diététique ont confirmé qu'ils ou elles s'occupaient actuellement de la température des aliments, car ils ou elles rencontraient des problèmes de température des aliments et de tables de conservation des aliments.

Les procès-verbaux des réunions du conseil des résidents font état d'un historique de plaintes concernant la nourriture froide.

Le fait de ne pas servir les aliments à une température acceptable met en danger l'état nutritionnel de la personne résidente.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Sources : l'observation, l'examen des registres de température de la cafétéria et l'entretien avec le personnel.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le :

4 octobre 2024.

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 004 ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS

Problème de conformité n° 019 Ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 140 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Administration des médicaments

Paragraphe 140 (2) Le titulaire de permis veille à ce que les médicaments soient administrés aux résidents conformément au mode d'emploi précisé par le prescripteur. Paragraphe 140 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

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

1) Le ou la responsable de la pratique clinique ou un membre de l'équipe de gestion doit former l'ensemble du personnel autorisé qui participe à la gestion de la douleur de la personne résidente n° 001, en particulier sur le processus à suivre lorsque la mesure d'intervention prescrite contre la douleur n'est pas disponible, et sur la politique relative aux médicaments PRN. Documenter le contenu de la formation, la personne qui l'a dispensée, le personnel formé et la date de la formation. Fournir à l'inspecteur ou l'inspectrice sur demande.

2) Effectuer trois vérifications hebdomadaires de l'administration des médicaments pendant un mois pour le personnel autorisé à temps partiel et occasionnel qui s'occupe de la personne résidente n° 002. Les vérifications visent à s'assurer que le personnel autorisé procède aux vérifications appropriées lors de l'administration des médicaments. Les vérifications sont effectuées par un membre de l'équipe de

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

direction. Documenter la date de la vérification, la personne qui l'a effectuée, le personnel faisant l'objet de la vérification et les mesures prises en cas de non-conformité. Mettre ce dossier à la disposition de l'inspecteur ou l'inspectrice si celui-ci ou celle-ci en fait la demande.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les médicaments soient administrés à une personne résidente conformément au mode d'emploi précisé par le prescripteur.

Justification et résumé

Un RIC a été soumis au MSLD concernant une plainte écrite soumise au foyer. Selon le RIC, le mandataire spécial fournissait trois médicaments à une personne résidente et les réapprovisionnait chaque mois avec une nouvelle quantité de médicaments. Lorsque le mandataire spécial a fourni au foyer une nouvelle quantité de médicaments, il a remarqué qu'il restait des gélules dans les contenants. Le mandataire spécial a informé le foyer que tous les contenants de médicaments auraient dû être vides au moment où il a fourni la nouvelle quantité pour le mois.

Selon le formulaire d'incident médicamenteux du foyer, le personnel signalait l'administration des médicaments, mais le personnel autorisé ne les administrait pas systématiquement. Le ou la GSR a déclaré que l'enquête du foyer avait conclu que le personnel à temps partiel ne savait pas que les médicaments étaient fournis par la famille dans un contenant séparé, ce qui l'a amené à administrer les médicaments fournis par la pharmacie du foyer, mais non pas ceux fournis par la famille.

Le fait de ne pas administrer les médicaments comme le prescripteur l'a précisé a exposé la personne résidente à un risque de réactions indésirables.

Ministère des Soins de longue durée

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

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

Sources : les registres des plaintes du foyer, le formulaire d'incident médicamenteux, l'entretien avec le ou la GSR n° 130.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un analgésique soit administré conformément aux directives du prescripteur.

Justification et résumé

La directrice a reçu une plainte alléguant que la douleur d'une personne résidente n'était pas bien maîtrisée.

Les dossiers médicaux électroniques de la personne résidente contenaient une ordonnance pour l'administration de médicaments à la personne résidente à une fréquence et une durée précises. Les médicaments prescrits n'ont pas été administrés pendant un certain nombre de jours, car la personne résidente devait les payer.

L'infirmier praticien ou l'infirmière praticienne et la DSI ont reconnu que le personnel infirmier autorisé aurait dû informer l'infirmier praticien ou l'infirmière praticienne et le pharmacien que le médicament n'était pas disponible afin de trouver un produit de remplacement.

Le fait de ne pas administrer le médicament prescrit à la personne résidente l'a exposée à un risque d'aggravation de la douleur.

Sources : Les dossiers médicaux électroniques de la personne résidente, les entretiens avec l'infirmier praticien ou l'infirmière praticienne et la DSI.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le :

4 octobre 2024.

RENSEIGNEMENTS SUR LA RÉVISION/L'APPEL

PRENDRE ACTE

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

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

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

La demande écrite de révision doit comprendre :

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

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

Directeur

a/s du coordonnateur des appels
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée
Ministère des Soins de longue durée
438, avenue University, 8^e étage
Toronto (Ontario) M7A 1N3

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Courriel : 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;

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

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

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

d'appel doit être remis à la fois à la CARSS et au directeur.

Commission d'appel et de révision des services de santé

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

Directeur

a/s du coordonnateur des appels
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée
Ministère des Soins de longue durée
438, avenue University, 8^e étage
Toronto (Ontario) M7A 1N3
Courriel : MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca

Dès réception, la CARSS accusera réception de votre avis d'appel et vous fournira des instructions concernant la procédure d'appel et d'audience. Le titulaire de permis peut en savoir plus sur la CARSS en consultant le site Web www.hsarb.on.ca.