

Rapport public

Date d'émission du rapport : 17 janvier 2025**Numéro d'inspection :** 2025-1193-0001**Type d'inspection :**

Inspection proactive de conformité

Titulaire de permis : CVH (n° 6) LP par son associé commandité, Southbridge Care Homes (une société en commandite, par son associé commandité, Southbridge Health Care GP inc.)**Foyer de soins de longue durée et ville :** Orchard Villa, Pickering

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 6 au 10 janvier et du 13 au 17 janvier 2025.

L'inspection effectuée concernait :

- Plainte : n° 00134329 – inspection proactive de conformité

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

Prévention et prise en charge des soins de la peau et des plaies (Skin and Wound Prevention and Management)
Soins et services de soutien aux personnes résidentes (Resident Care and Support Services)
Alimentation, nutrition et hydratation (Food, Nutrition and Hydration)
Gestion des médicaments (Medication Management)
Conseils des résidents et des familles (Residents' and Family Councils)
Prévention et contrôle des infections (Infection Prevention and Control)
Foyer sûr et sécuritaire (Safe and Secure Home)
Prévention des mauvais traitements et de la négligence (Prevention of Abuse and Neglect)
Normes en matière de dotation, de formation et de soins (Staffing, Training and Care Standards)
Amélioration de la qualité (Quality Improvement)
Droits et choix des résidents (Residents' Rights and Choices)
Gestion de la douleur (Pain Management)

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

Non-conformité rectifiée

Des cas de **non-conformité** ont été recensés pendant cette inspection et ont été **rectifiés** par le titulaire de permis avant la conclusion de l'inspection. L'inspectrice ou l'inspecteur est satisfait(e) de la rectification des cas de non-conformité dans l'esprit du paragraphe 154(2) et n'exige aucune autre mesure.

Problème de conformité n° 001 – rectification réalisée conformément à la disposition 154 (2) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect de : la disposition 6 (7) de la *LRSLD* (2021).

Programme de soins

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.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus pour la gestion de l'atteinte cutanée d'une personne résidente soient fournis conformément à son programme de soins. Les examens des dossiers ont révélé que la personne résidente avait besoin d'un dispositif en raison d'une lésion cutanée. Cependant, lors d'une observation, le dispositif n'était pas appliqué conformément à son programme de soins. L'infirmière auxiliaire autorisée ou l'infirmier auxiliaire autorisé (IAA) a remarqué cette erreur et l'a immédiatement corrigée. Le jour suivant, on a observé que la personne résidente recevait des soins conformes à son programme de soins.

Sources : observations et dossiers de santé de la personne résidente.

Date de mise en œuvre de la rectification : 9 janvier 2025

Problème de conformité n° 002 – rectification réalisée conformément à la disposition 154 (2) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect de : la disposition 6 (10) b) de la *LRSLD* (2021)

Programme de soins

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

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins d'une personne résidente soit mis à jour lors d'un changement dans sa médication contre la douleur. Un examen du programme de soins écrit de la personne résidente a révélé des divergences entre les interventions énumérées dans le programme de soins et les ordonnances du médecin concernant les médicaments contre la douleur. La directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI) a déclaré que le personnel autorisé ne devrait pas indiquer les noms des médicaments dans le programme de soins, mais devrait plutôt se référer au dossier électronique d'administration des médicaments (eMAR) de la personne résidente. Le programme de soins de la personne résidente a été mis à jour le jour suivant.

Sources : programme de soins de la personne résidente et eMAR et entretien avec la ou le DSI.

Date de mise en œuvre de la rectification : 9 janvier 2025

Problème de conformité n° 003 – rectification réalisée conformément à la disposition 154 (2) de la LRSLD (2021).

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

Portes dans le foyer

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

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que toutes les portes menant à des zones non résidentielles soient maintenues fermées et verrouillées dans une zone résidentielle du foyer.

Lors de la visite initiale du foyer de soins de longue durée, l'inspectrice ou l'inspecteur a observé que deux portes menant à des zones non résidentielles étaient déverrouillées. Ces portes n'étaient pas surveillées par le personnel. L'IAA a confirmé que ces portes étaient déverrouillées et qu'elles auraient dû être maintenues verrouillées.

Le registre de vérification des portes et l'entretien avec la ou le chef d'équipe des services environnementaux ont confirmé que la serrure de la porte en question a été remplacée dans les heures qui ont suivi. De plus, lors de la deuxième

observation, l'inspectrice ou l'inspecteur a constaté que les deux portes étaient verrouillées et ne pouvaient pas être ouvertes à nouveau sans clé.

Sources : observation, entretien avec l'IAA et la ou le chef d'équipe des services environnementaux et vérification des portes.

Date de mise en œuvre de la rectification : 8 janvier 2025

AVIS ÉCRIT : Effets personnels et aides personnelles

Problème de conformité n° 004 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD (2021)*.

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

Effets personnels et aides personnelles

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 d'une personne résidente soient étiquetés.

Lors d'une observation dans une zone résidentielle, dans une salle de bain partagée, les effets personnels d'une personne résidente étaient dépourvus d'étiquettes. Lors d'un entretien, la ou le spécialiste en prévention et contrôle des infections (PCI) a confirmé que tous les effets personnels des personnes résidentes doivent être étiquetés à leurs noms.

Sources : observation, entretiens avec la ou le spécialiste en PCI.

AVIS ÉCRIT : Effets personnels et aides personnelles

Problème de conformité n° 005 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD (2021)*.

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

Effets personnels et aides personnelles

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 :
b) nettoyés au besoin.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les effets personnels d'une personne résidente soient nettoyés et rangés correctement.

L'inspectrice ou l'inspecteur a observé dans une zone résidentielle, dans une salle de bain partagée, que les effets personnels d'une personne résidente n'étaient pas correctement nettoyés et rangés. Un examen de la politique du foyer a indiqué que les effets des personnes résidentes doivent être nettoyés régulièrement pour maintenir les normes d'hygiène.

Sources : observation, procédure opérationnelle normalisée de Southbridge Health Care LP - Nettoyage des effets personnels des résidents et exigences d'étiquetage.

AVIS ÉCRIT : Gestion de la douleur

Problème de conformité n° 006 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD (2021)*.

Non-respect de : la disposition 57 (1) 4 du Règl. de l'Ont. 246/22.

Gestion de la douleur

57 (1) Le programme de gestion de la douleur doit au minimum prévoir ce qui suit :

4. La surveillance des réactions des résidents aux stratégies de gestion de la douleur et de l'efficacité de ces stratégies.

Le titulaire de permis n'a pas respecté le programme de gestion de la douleur du foyer lorsque le personnel infirmier autorisé n'a pas évalué l'efficacité du médicament contre la douleur pour une personne résidente. Au cours de l'inspection, une personne résidente a exprimé de la douleur avant la distribution de ses médicaments. Le personnel autorisé n'a pas évalué la douleur de la personne résidente dans l'heure suivant l'administration du médicament contre la douleur, ni avant de donner la dose suivante de médicament contre la douleur.

Conformément à la disposition 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis est tenu de s'assurer que les politiques écrites pour le programme sur la douleur soient respectées.

Le titulaire de permis n'a pas respecté la politique du foyer concernant la gestion de la douleur, qui exigeait que le personnel évalue l'efficacité des stratégies de contrôle de la douleur avant et après l'intervention, détermine si l'effet de l'intervention répondait à l'objectif de gestion de la douleur de la personne résidente et évalue si l'intervention nécessitait un ajustement dans l'heure suivant l'administration, ces évaluations n'ayant pas été effectuées pour la personne résidente en question.

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, 4e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Sources : observations, programme de gestion de la douleur du foyer et entretien avec la ou le gestionnaire de la qualité (responsable de la gestion de la douleur).