

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

District du Centre-Est

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée 33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

Rapport public original

Date d'émission du rapport : 30 octobre 2024

Numéro d'inspection : 2024-1323-0003

Type d'inspection :

Inspection proactive de la conformité

Titulaire de permis : Extendicare (Canada) Inc.

Foyer de soins de longue durée et ville : Extendicare Kawartha Lakes, Lindsay

Inspectrice principale/Inspecteur principal

Inspectrice ou inspecteur

Signature numérique de l'inspectrice/Signature numérique de l'inspecteur

Autres inspectrices ou inspecteurs

Inspectrice ou inspecteur

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 1^{er} au 4, 7 au 11 et 15 octobre 2024

L'inspection concernait :

Dossier : n° 00124676 – Inspection proactive de la conformité

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

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

District du Centre-Est

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée 33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

Alimentation, nutrition et hydratation

Gestion des médicaments

Conseils des résidents et des familles

Foyer sûr et sécuritaire

Prévention et contrôle des infections

Prévention des mauvais traitements et de la négligence

Amélioration de la qualité

Normes en matière de dotation en personnel, de formation et de soins

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 n° 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 du : paragraphe 6(7) de la LRSLD

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.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'on mette en place les interventions

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

District du Centre-EstDirection de l'inspection des foyers de soins de longue durée 33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

particulières requises à l'endroit d'une personne résidente conformément au programme de soins de cette personne.

Justification et résumé

On a réalisé, au foyer de soins de longue durée (FSLD), une inspection proactive de la conformité concernant le programme de soins de la peau et de prévention des plaies. Dans les dossiers cliniques de la personne résidente, il était indiqué qu'il fallait mettre en place une intervention particulière à l'égard de cette personne. Lors d'une démarche d'observation, on a remarqué que cette intervention n'avait pas été mise en place à l'endroit de la personne. Une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé (IA) et une infirmière auxiliaire autorisée ou un infirmier auxiliaire autorisé (IAA) ont toutes ou tous deux indiqué que la personne résidente avait besoin de l'intervention en question. L'IA a précisé que la personne avait besoin de l'intervention pour des raisons en lien avec la prévention et la gestion de l'altération de l'intégrité épidermique. L'IA a ajouté qu'on mettait toujours l'intervention en place, mais que la personne résidente venait de terminer sa physiothérapie et que le personnel avait peut-être oublié l'intervention après l'avoir retirée pour les besoins de la thérapie. L'IA a immédiatement mis en place l'intervention requise à l'endroit de la personne résidente. Lors d'une démarche d'observation de suivi effectuée un autre jour, on a constaté que l'intervention en question avait été mise en place à l'égard de la personne résidente.

On a omis de mettre en place l'intervention requise à l'égard de la personne résidente et cette personne a ainsi été exposée au risque de voir s'aggraver l'altération de son intégrité épidermique.

Sources : Programme de soins de la personne résidente; entretiens avec l'IA et l'IAA; démarches d'observation.

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

District du Centre-Est

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée 33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

Date de mise en œuvre des mesures de rectification : 11 octobre 2024

AVIS ÉCRIT : Pouvoirs du conseil des résidents

Problème de conformité n° 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.

Le titulaire de permis a omis de répondre au conseil des résidents par écrit au plus tard 10 jours après avoir été informé par celui-ci de sujets de préoccupation ou de recommandations.

Justification et résumé

Dans le cadre d'une inspection proactive de la conformité, on a examiné les procès-verbaux des réunions du conseil des résidents pour la période allant de septembre 2023 à août 2024. Le conseil a fait part de plusieurs préoccupations et recommandations. Il n'existe aucune trace de réponses écrites adressées au conseil à propos des avis – les préoccupations et recommandations – ainsi portés à l'attention du foyer.

L'administratrice ou l'administrateur a indiqué qu'on avait répondu de vive voix au moment de recevoir chacun de ces avis. Elle ou il ne savait pas que le foyer devait fournir des réponses écrites au conseil des résidents lorsqu'il recevait de tels avis.

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

District du Centre-Est

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée 33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

On a omis de présenter des réponses écrites au conseil des résidents dans les 10 jours suivant la réception des avis concernant des sujets de préoccupations ou des recommandations et cela a nui à la capacité du conseil d'examiner les plans d'action du titulaire de permis, d'en discuter et de contribuer à leur mise au point.

Sources : Procès-verbaux des réunions du conseil des résidents; entretien avec l'administratrice ou l'administrateur.

AVIS ÉCRIT : Pouvoirs du conseil des familles

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

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

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 a omis de répondre au conseil des familles par écrit au plus tard 10 jours après avoir été informé par celui-ci de sujets de préoccupation ou de recommandations.

Justification et résumé

Dans le cadre d'une inspection proactive de la conformité, on a examiné les procès-verbaux des réunions du conseil des familles mis sur pied au foyer pour la période allant de septembre 2023 à juin 2024. Le conseil a fait part de plusieurs préoccupations et recommandations. Il n'existe aucune trace de réponses écrites

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

District du Centre-Est

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée 33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

adressées au conseil à propos des avis – les préoccupations et recommandations – ainsi portés à l'attention du foyer.

L'administratrice ou l'administrateur et la directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI) ont toutes ou tous deux indiqué qu'on n'avait fourni aucune réponse écrite au conseil des familles à propos des avis reçus. La ou le DSI a fait savoir qu'on avait répondu de vive voix au moment de recevoir chacun de ces avis. Elle ou il ne savait pas que le foyer devait fournir une réponse écrite au conseil des familles pour tout avis de ce type qu'il recevait et a indiqué que le foyer allait désormais présenter de telles réponses.

On a omis de présenter des réponses écrites au conseil des familles dans les 10 jours suivant la réception des avis concernant des sujets de préoccupations ou des recommandations et cela a nui à la capacité du conseil d'examiner les plans d'action du titulaire de permis, d'en discuter et de contribuer à leur mise au point.

Sources : Procès-verbaux des réunions du conseil des familles; entretiens avec l'administratrice ou l'administrateur, la ou le DSI et un membre du conseil des familles.

AVIS ÉCRIT : Bain

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

Non-respect du : paragraphe 37(1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Bain

Paragraphe 37(1) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque résident du foyer prenne un bain au moins deux fois par semaine en utilisant la méthode de son choix ou plus souvent compte tenu de ses besoins

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

District du Centre-EstDirection de l'inspection des foyers de soins de longue durée 33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

en matière d'hygiène, sauf si la chose est contre-indiquée en raison d'un état pathologique.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'une personne résidente puisse profiter d'un bain deux fois par semaine.

Justification et résumé

Dans le cadre d'une inspection proactive de la conformité, on a examiné les soins prodigués à deux personnes résidentes.

Dans les dossiers cliniques examinés, on a vu que les membres du personnel avaient indiqué qu'une personne résidente avait refusé de prendre son bain à une date donnée. On n'a vu aucune indication selon laquelle on aurait tenté de fournir une aide quant au bain afin de compenser le bain manqué ce jour-là. La personne résidente a reçu son bain suivant comme le prévoyait l'horaire des bains à une fréquence de deux fois par semaine, soit quatre jours plus tard.

Lors d'un entretien, la ou le DSI a fait savoir qu'il n'y avait aucune indication selon laquelle on aurait donné un autre bain pour compenser celui manqué à la date en question. Pendant les entretiens, la ou le DSI et une ou un IAA ont toutes ou tous deux indiqué que la personne résidente devait prendre un bain deux fois par semaine, pendant la journée. L'IAA a dit ne pas savoir exactement pourquoi on avait omis de faire prendre un bain à la personne le jour en question. La ou le DSI et l'IAA ont toutes ou tous deux fait savoir qu'il aurait fallu donner un autre bain à la personne résidente lorsque celui prévu à l'horaire a été manqué.

Lorsqu'on omet de veiller à ce qu'une personne résidente puisse prendre un bain au moins deux fois par semaine, cela a une incidence néfaste sur l'hygiène personnelle de cette personne et sa qualité de vie.

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

District du Centre-Est

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée 33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

Sources : Dossiers cliniques; entretiens avec la ou le DSI et des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Gestion de la douleur

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

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

Gestion de la douleur

Paragraphe 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 a omis de veiller à ce qu'on respecte la politique du programme de gestion de la douleur et, ainsi, à ce qu'on surveille les réactions de deux personnes résidentes aux stratégies de gestion de la douleur, de même que l'efficacité de ces stratégies.

Aux termes de l'alinéa 11(1)b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis doit voir à ce qu'on respecte la politique du programme de gestion de la douleur pour ce qui est de surveiller les réactions des personnes résidentes aux stratégies de gestion de la douleur, ainsi que l'efficacité de ces stratégies.

Plus précisément, les membres du personnel ont omis de respecter la politique du FSLD en matière de gestion de la douleur selon laquelle il fallait réaliser plusieurs évaluations de la douleur auprès de deux personnes résidentes à qui on avait donné

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

District du Centre-EstDirection de l'inspection des foyers de soins de longue durée 33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

des analgésiques selon les besoins pendant trois jours consécutifs.

Justification et résumé

1) On a réalisé, au FSLD, une inspection proactive de la conformité concernant le programme de gestion de la douleur. Dans les dossiers cliniques d'une personne résidente, il était indiqué qu'on avait fait une évaluation de la douleur liée à une blessure à une date donnée. De même, dans le dossier d'administration de médicaments aux personnes résidentes, il était indiqué que la personne avait fait l'objet, pendant plusieurs jours, d'une thérapie dans le cadre de laquelle on lui avait donné des médicaments selon les besoins pour gérer sa douleur. Puis, à une date ultérieure, on a entrepris d'administrer à cette personne une dose permanente de médicaments, ce qui a permis de réduire la nécessité de lui en donner selon les besoins pendant une période de deux mois.

Aux termes de la politique du programme de gestion de la douleur du FSLD, dans un tel cas, il faut réaliser, lors de chaque quart de travail pendant 72 heures, une évaluation de la douleur dans le cadre de laquelle on consigne de l'information sur ce qui suit : la raison de l'évaluation, l'endroit où la douleur est ressentie, ce qui provoque la douleur, le type de douleur, la question de savoir si la douleur irradie et le moment où la douleur se manifeste. La ou le DSI et la coordonnatrice ou le coordinateur de l'instrument d'évaluation des pensionnaires ont indiqué que l'évaluation de la douleur réalisée au foyer était consignée dans les dossiers de santé électroniques.

Lors d'entretiens distincts, la coordonnatrice ou le coordinateur de l'instrument d'évaluation des pensionnaires et la ou le DSI ont indiqué que dans les cas où l'on administrait à une personne des analgésiques selon les besoins pendant trois jours consécutifs, il fallait réaliser une évaluation de la douleur lors de chaque quart de travail, et que dans le cas de la personne résidente en question, on avait omis de

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

District du Centre-EstDirection de l'inspection des foyers de soins de longue durée 33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

procéder à cette évaluation après qu'on lui eut administré des analgésiques selon les besoins pendant plusieurs jours.

On a omis de réaliser des évaluations régulières et exhaustives de la douleur, ce qui a provoqué le risque de ne pas traiter de manière appropriée la douleur de la personne résidente.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente; politique sur l'identification et la gestion de la douleur; entretiens avec la ou le DSI et la coordonnatrice ou le coordinateur de l'instrument d'évaluation des pensionnaires.

Justification et résumé

2) Dans les dossiers cliniques d'une personne résidente, il était indiqué qu'on avait fait une évaluation de la douleur liée à un problème de santé à une date donnée. De même, dans le dossier d'administration de médicaments aux personnes résidentes, il était indiqué que la personne avait fait l'objet, pendant plusieurs jours, d'une thérapie dans le cadre de laquelle on lui avait donné des médicaments selon les besoins pour gérer sa douleur.

Aux termes de la politique du programme de gestion de la douleur du FSLD, dans un tel cas, il faut réaliser, lors de chaque quart de travail pendant 72 heures, une évaluation de la douleur dans le cadre de laquelle on consigne de l'information sur ce qui suit : la raison de l'évaluation, l'endroit où la douleur est ressentie, ce qui provoque la douleur, le type de douleur, la question de savoir si la douleur irradie et le moment où la douleur se manifeste. La ou le DSI et la coordonnatrice ou le coordinateur de l'instrument d'évaluation des pensionnaires ont indiqué que l'évaluation de la douleur réalisée au foyer était consignée dans les dossiers de santé électroniques.

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

District du Centre-Est

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée 33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

Lors d'entretiens distincts, la coordonnatrice ou le coordinateur de l'instrument d'évaluation des pensionnaires et la ou le DSI ont indiqué que dans les cas où l'on administrait à une personne des analgésiques selon les besoins pendant trois jours consécutifs, il fallait réaliser une évaluation de la douleur spécifique lors de chaque quart de travail, et que dans le cas de la personne résidente en question, on avait omis de procéder à cette évaluation après qu'on lui eut administré des analgésiques selon les besoins pendant plusieurs jours.

On a omis de réaliser des évaluations régulières et exhaustives de la douleur, ce qui a provoqué le risque de ne pas traiter de manière appropriée la douleur de la personne résidente.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente; politique sur l'identification et la gestion de la douleur; entretiens avec la ou le DSI et la coordonnatrice ou le coordinateur de l'instrument d'évaluation des pensionnaires.

AVIS ÉCRIT : Programmes de soins alimentaires et d'hydratation

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

Non-respect de : l'alinéa 74(2)d) 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 :

d) un système de surveillance et d'évaluation de l'ingestion d'aliments et de liquides des résidents dont les risques liés à l'alimentation et à l'hydratation sont identifiés.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'on mette en œuvre le système de surveillance et d'évaluation de l'ingestion d'aliments et de liquides auprès d'une

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

District du Centre-EstDirection de l'inspection des foyers de soins de longue durée 33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

personne résidente.

Plus précisément, lorsqu'on a constaté qu'une personne résidente avait ingéré moins de liquides que ce que demandait son objectif individuel à cet égard, on a omis de produire une note sur l'évolution de la situation à ce sujet, comme l'exige pourtant la politique applicable du FSLD.

Justification et résumé

On a réalisé, au FSLD, une inspection proactive de la conformité concernant le programme de restauration et d'hydratation. Dans les dossiers cliniques d'une personne résidente, on a constaté que pour cette personne, il y avait un objectif précis quant à la quantité de liquides qu'elle devait ingérer. On y a aussi vu qu'à plusieurs dates données, la personne avait ingéré une quantité de liquides inférieure à cet objectif.

Aux termes de la politique de surveillance de l'ingestion d'aliments et de liquides du FSLD, les membres du personnel autorisé devaient prendre en compte toutes les autres sources d'ingestion de liquides et produire une note sur l'évolution de la situation indiquant pourquoi on avait omis de mener une évaluation de l'hydratation. Aucune information à cet égard ne figurait dans les notes sur l'évolution de la situation s'appliquant à la période visée. La ou le DSI et une ou un IAA ont confirmé le tout.

On n'a pas indiqué dans les notes sur l'évolution de la situation s'il fallait ou non mener une évaluation de l'hydratation auprès d'une personne résidente; ainsi, cela a réduit les chances qu'on réalise une telle évaluation, exposant ainsi la personne au risque de ne pas bénéficier d'une intervention précoce.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente; politique de surveillance de

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

District du Centre-Est

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée 33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

l'ingestion d'aliments et de liquides; entretiens avec la ou le DSI et une ou un IAA.

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

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

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. Règl. de l'Ont. 246/22, paragraphe 102(2).

Le titulaire de permis a omis de mettre une norme délivrée par la directrice ou le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'on prenne des précautions supplémentaires dans le cadre du programme de prévention et de contrôle des infections, conformément à la Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée (la « Norme »), révisée en septembre 2023. Plus précisément, un membre du personnel n'a pas respecté les exigences supplémentaires applicables concernant l'équipement de protection individuelle (EPI), notamment en ce qui touche le choix, le port, le retrait et l'élimination adéquats de l'EPI, à savoir les exigences supplémentaires que prévoient les dispositions de l'article 9.1 sur les précautions supplémentaires [alinéa f)] de la Norme.

Justification et résumé

Dans le cadre d'une inspection proactive de la conformité, on a examiné les

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

District du Centre-EstDirection de l'inspection des foyers de soins de longue durée 33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

pratiques du programme de prévention et de contrôle des infections. On a vu une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) en train de sélectionner, puis de mettre de l'équipement de protection individuelle devant la chambre d'une personne résidente, où il y avait des affiches tirées du système de points de service indiquant qu'il fallait prendre des précautions supplémentaires quant aux gouttelettes et aux contacts. On a vu la PSSP mettre un masque, une blouse, un dispositif de protection des yeux et des gants sans suivre les procédures d'hygiène des mains.

Lors d'un entretien, la PSSP a indiqué qu'on l'avait informée des étapes recommandées au moment de choisir, puis de mettre de l'équipement de protection individuelle, mais a reconnu qu'elle ne les avait pas suivies dans le bon ordre. Elle a fait savoir que lorsqu'il fallait retirer l'EPI, elle enlevait les gants, la blouse, le masque et le dispositif de protection des yeux, puis suivait les procédures d'hygiène des mains. Pendant un entretien, une ou un IAA et la ou le gestionnaire responsable de la prévention et du contrôle des infections ont indiqué qu'il y avait un risque de contamination lorsqu'on omettait de suivre les procédures appropriées au moment de mettre et de retirer l'EPI.

On a omis de voir à ce qu'un membre du personnel respecte les exigences supplémentaires applicables à l'équipement de protection individuelle, notamment en ce qui touche le choix, le port, le retrait et l'élimination adéquats de l'EPI, et cela a eu une incidence néfaste sur les mesures de contrôle des infections.

Sources : Démarches d'observation; entretiens avec une PSSP, une ou un IAA de même que la ou le gestionnaire responsable de la prévention et du contrôle des infections.

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des

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

District du Centre-Est

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée 33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

infections

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

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(9) – Le titulaire de permis veille à ce qui suit au cours de chaque quart de travail :

b) les symptômes sont consignés et les mesures nécessaires sont prises immédiatement pour réduire la transmission, isoler les résidents et les mettre en groupe au besoin. Règl. de l'Ont. 246/22, paragraphe 102(9).

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'au cours de chaque quart de travail, on consigne les symptômes indiquant la présence d'une infection chez une personne résidente.

Justification et résumé

Dans le cadre d'une inspection proactive de la conformité, on a examiné les pratiques du programme de prévention et de contrôle des infections. La personne résidente a commencé à présenter des symptômes d'infection à une date donnée. En examinant les dossiers cliniques de la personne résidente, on a constaté qu'il manquait de la documentation à propos de la surveillance, lors des quarts de travail, des symptômes d'infection chez la personne, et ce, pour plusieurs jours.

La ou le gestionnaire responsable de la prévention et du contrôle des infections a indiqué qu'il fallait consigner les symptômes d'infection dans les dossiers cliniques de la personne résidente lors de chaque quart de travail et au moyen d'un outil de surveillance spécifique.

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

District du Centre-Est

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée 33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

On a omis de consigner les symptômes d'une personne résidente et cela a eu une incidence néfaste sur les démarches de surveillance et la capacité de prendre rapidement des mesures si survenait un changement dans l'état de santé de la personne.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente, outil de surveillance, entretien avec la ou le gestionnaire responsable de la prévention et du contrôle des infections.

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

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

Non-respect du : sous-alinéa 168(2)6ii 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 :

6. Un relevé écrit de ce qui suit :

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.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que le rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité pour l'exercice visé contienne un relevé écrit faisant part des dates auxquelles des mesures d'amélioration ont été mises en œuvre et du résultat de ces mesures, à savoir toute mesure prise afin d'améliorer l'hébergement, les soins, les services, les programmes et les biens fournis aux personnes résidentes, et ce, en fonction des domaines prioritaires du foyer en

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

District du Centre-Est

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée 33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

matière d'amélioration de la qualité pendant l'exercice.

Justification et résumé

Dans le cadre d'une inspection proactive de la conformité, on a examiné l'initiative d'amélioration constante de la qualité. Le rapport du foyer à propos de cette initiative ne contenait pas les dates auxquelles on avait mis des mesures en œuvre afin d'améliorer l'hébergement, les soins, les services, les programmes et les biens fournis aux personnes résidentes, et ce, en fonction des domaines prioritaires courants du foyer en matière d'amélioration de la qualité.

La ou le gestionnaire responsable de la prévention et du contrôle des infections a précisé qu'elle ou il était aussi la personne responsable de la qualité. Elle ou il a indiqué que le rapport à propos de l'initiative d'amélioration constante de la qualité ne contenait aucune date où on aurait mis en œuvre des mesures pour donner suite aux domaines prioritaires courants du foyer en matière d'amélioration de la qualité.

Sources : Questions narratives du plan d'amélioration de la qualité pour les organismes de soins de santé en Ontario, entretiens avec la ou le gestionnaire responsable de la prévention et du contrôle des infections.

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

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

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.

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

District du Centre-Est

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée 33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'on remette une copie du rapport à propos de l'initiative d'amélioration constante de la qualité au conseil des résidents et au conseil des familles.

Justification et résumé

Dans le cadre d'une inspection proactive de la conformité, on a examiné l'initiative d'amélioration constante de la qualité. Dans les procès-verbaux des réunions du conseil des résidents et du conseil des familles, il n'y avait aucune indication selon laquelle on aurait remis le rapport à propos cette initiative à l'un ou l'autre des comités.

L'administratrice ou l'administrateur a indiqué qu'on avait omis de remettre une copie du rapport à propos de l'initiative d'amélioration constante de la qualité au conseil des résidents et au conseil des familles.

On a omis de fournir une copie du rapport à propos de l'initiative d'amélioration constante de la qualité du foyer au conseil des résidents et au conseil des familles, et cela a eu une incidence néfaste sur la participation des intervenants aux démarches d'amélioration des soins et des services.

Sources : Procès-verbaux des réunions des conseils des résidents et des familles; entretien avec l'administratrice ou l'administrateur.