

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Rapport public initial	
Date d'émission du rapport : 17 juillet 2024	
Numéro d'inspection : 2024-1335-0001	
Type d'inspection : Inspection proactive de la conformité	
Titulaire de permis : Axiom Extendicare LTC II LP, par ses partenaires généraux Extendicare LTC Managing II GP Inc. et Axiom Extendicare LTC II GP Inc.	
Foyer de soins de longue durée et ville : Fenelon Court, Fenelon Falls	

RÉSUMÉ D'INSPECTION
L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 19 au 21 et 24 au 28 juin 2024
Les inspections concernaient : <ul style="list-style-type: none"> • Inspection proactive de la conformité

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

- Prévention et gestion relatives aux soins de la peau et des plaies
- Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
- Conseils des résidents et des familles
- Alimentation, nutrition et hydratation
- Gestion des médicaments
- Prévention et contrôle des infections

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Foyer sûr et sécuritaire
Prévention des mauvais traitements et de la négligence
Amélioration de la qualité
Droits et choix des personnes résidentes
Gestion de la douleur
Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Foyer, milieu sûr et sécuritaire

Problème de conformité n° 001 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de l'article 5 de la *LRSLD* (2021)

Foyer, milieu sûr et sécuritaire

Article 5. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer soit un milieu sûr et sécuritaire pour ses résidents.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer soit un milieu sûr et sécuritaire pour ses personnes résidentes.

Justification et résumé

Lors de deux observations dans une section accessible aux personnes résidentes déterminée, on a constaté que la pièce combinée où se trouvaient les douches était ouverte et qu'elle n'était pas verrouillée. On a vu, à l'intérieur de cette pièce non verrouillée, du matériel médical, notamment de l'oxygène, ainsi que des contenants pour objets pointus et tranchants et du désinfectant chimique.

La responsable de la prévention et du contrôle des infections (PCI) a reconnu que le foyer s'attendait à ce que les portes des pièces où se trouvaient les baignoires et les douches restent toujours fermées et verrouillées. Les membres du personnel ont indiqué qu'ils savaient que la pièce combinée où se trouvaient les douches devait toujours être verrouillée.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que la pièce combinée où se trouvaient les douches soit fermée et verrouillée a présenté un risque pour la sécurité des

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

personnes résidentes, car elles pourraient avoir eu accès à du matériel médical et à des fournitures médicales.

Sources : Observations dans le foyer, entretiens avec la responsable de la PCI et le personnel. [741748]

AVIS ÉCRIT : Obligation du titulaire de permis de se conformer au programme

Problème de conformité n° 002 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

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

Programme de soins

Paragraphe 6 (7) Le titulaire de permis veille à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis au résident, tel que le précise le programme.

1. Le titulaire de permis doit veiller à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis à une personne résidente, tel que le précise ledit programme.

Justification et résumé

Lors d'une observation d'une personne résidente alors qu'elle était assise dans le salon avant le service du déjeuner, on a constaté que cette dernière ne portait pas son dispositif médical et qu'on n'avait pas fait sa toilette.

Un examen du programme de soins a montré que la personne résidente affichait des comportements réactifs, comme en attestait sa réticence aux soins qui découlaient de ses diagnostics médicaux. Le programme de soins demandait au personnel de s'assurer, avant de lui donner des soins, qu'elle portait son dispositif médical. Le personnel a indiqué que la personne résidente devait porter son dispositif médical avant que des soins ne puissent lui être donnés.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que les soins soient fournis à une personne résidente tel que le précise le programme de soins a fait courir à la personne résidente un risque de détresse émotionnelle et psychologique injustifiée pendant

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

ses soins personnels.

Sources : Observations d'une personne résidente et entretiens avec le personnel.
[741831]

2. Le titulaire de permis doit veiller à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis à une personne résidente, tel que le précise ledit programme.

Justification et résumé

Une personne résidente donnée présentait un risque modéré de chute. Son programme de soins comprenait plusieurs interventions visant à prévenir ou à atténuer le risque de chute. Le port de chaussettes ou de chaussures antidérapantes faisait partie des interventions visant à prévenir la chute de la personne résidente. Lors de plusieurs observations, rien n'indiquait que la personne résidente portait des chaussures ou des chaussettes antidérapantes.

Des membres du personnel ont confirmé avoir donné des soins à la personne résidente à l'une de ces occasions et ont indiqué qu'ils n'avaient pas trouvé de chaussettes antidérapantes à lui faire enfiler. Le directeur adjoint des soins a mentionné que le foyer fournit des chaussettes antidérapantes aux personnes résidentes.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis à la personne résidente, tel que le précise ledit programme, a fait courir à la personne résidente un risque accru de chute.

Sources : Observations de la personne résidente, examen du dossier de santé clinique de la personne résidente et entretiens avec le personnel. [741831]

3. Le titulaire de permis doit veiller à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis à une personne résidente, tel que le précise ledit programme.

Justification et résumé

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

On a constaté lors d'une observation qu'une personne résidente était assise dans son fauteuil roulant sur des serviettes, et non sur un harnais de transfert, et que son dispositif médical n'était pas en place. Un examen du programme de soins a montré que la personne résidente a besoin d'un dispositif médical en permanence et qu'elle doit être assise sur un harnais de transfert.

Le personnel a reconnu que le foyer s'attendait à ce qu'il consulte et respecte le programme de soins de la personne résidente. Le personnel a indiqué que le programme de soins de la personne résidente exige un dispositif médical en permanence. On a vu dix minutes plus tard la personne résidente dans la salle à manger et son dispositif médical était en place.

Le personnel a mentionné que le programme de soins de la personne résidente prévoyait que cette dernière soit assise sur un harnais de transfert, mais a reconnu que la personne résidente pouvait être assise sur des serviettes le jour de son bain.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que les soins soient fournis à une personne résidente tel que le précise le programme de soins a fait courir à la personne résidente un risque de problèmes médicaux.

Sources : Dossiers de santé cliniques de la personne résidente, observations et entretiens avec le personnel. [741748]

AVIS ÉCRIT : Cas où une réévaluation et une révision sont nécessaires

Problème de conformité n° 003 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (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 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;

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins d'une personne résidente soit réexaminé et révisé lorsque ses besoins en matière de soins ont évolué ou lorsque les soins prévus dans le programme n'étaient plus nécessaires.

Justification et résumé

Le programme de soins écrit d'une personne résidente exigeait que cette dernière porte des chaussures appropriées tous les jours et que l'on veille à ce que les lacets soient attachés.

Lors de l'observation de la personne résidente, on a constaté qu'elle se déplaçait en fauteuil roulant et qu'elle ne portait pas de chaussures. Le personnel a mentionné que la personne résidente ne portait pas de chaussures à ce moment en raison d'une altération de l'intégrité épidermique.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce qu'une personne résidente fasse l'objet d'une réévaluation et à ce que son programme de soins soit réexaminé et révisé à tout moment lorsque ses besoins en matière de soins ont évolué lui a fait courir le risque de subir d'autres altérations de l'intégrité épidermique ou un inconfort.

Sources : Observations de la personne résidente, examen du dossier de santé clinique de la personne résidente et entretiens avec le personnel. [741831]

AVIS ÉCRIT : Système de communication bilatérale

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

Non-respect : de l'alinéa 20 a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Système de communication bilatérale

Article 20. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer soit doté d'un système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel qui réunit les conditions suivantes :

a) il est aisément visible, accessible et utilisable par les résidents, le personnel et les visiteurs en tout temps;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le système de communication bilatérale

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

entre les personnes résidentes et le personnel soit aisément accessible et utilisable par une personne résidente en tout temps.

Justification et résumé

On a constaté à deux reprises au cours d'une inspection proactive de conformité qu'une personne résidente n'avait pas accès à sa sonnette d'appel.

La première fois, on a vu que la personne résidente était allongée sur son lit, dont la hauteur était ajustée au plus bas avec les deux côtés de lit relevés, et que la sonnette d'appel accrochée au mur était hors de sa portée. Lorsque l'inspecteur lui a demandé comment elle demandait de l'aide si elle en avait besoin, la personne résidente a tenté d'atteindre la sonnette d'appel, mais celle-ci était hors de sa portée.

La deuxième fois, la personne résidente était dans sa chambre, assise dans son fauteuil roulant devant le pied du lit, et la sonnette d'appel était accrochée au mur à côté du lit.

Le programme de soins indiquait que la personne résidente avait fait l'objet d'une intervention visant la prévention des chutes pour que la sonnette d'appel soit à sa portée. Il indiquait également que la personne résidente avait besoin de l'aide du personnel pour se déplacer en fauteuil roulant.

Lors d'un entretien, le personnel a mentionné que la sonnette d'appel devrait être à portée de main de toutes les personnes résidentes lorsqu'elles sont dans leur chambre pour qu'elles soient en mesure de l'utiliser. Le personnel a reconnu que la personne résidente devrait avoir, à des fins de sécurité, sa sonnette d'appel à portée de main comme le prévoit son programme de soins.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que les personnes résidentes aient accès à la sonnette d'appel du système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel présentait un risque pour leur sécurité.

Sources : Observations, programme de soins de la personne résidente et entretiens avec le personnel. [741748]

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

AVIS ÉCRIT : Observation des instructions du fabricant

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

Non-respect : de l'article 26 du Règl. de l'Ont. 246/22

Observation des instructions du fabricant

Article 26. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le personnel utilise l'ensemble de l'équipement, des fournitures, des appareils, des appareils fonctionnels et des aides pour changer de position du foyer conformément aux instructions du fabricant.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel utilise l'ensemble de l'équipement, des fournitures, des appareils, des appareils fonctionnels et des aides pour changer de position du foyer conformément aux instructions du fabricant.

Justification et résumé

Lors des observations, on a constaté à plusieurs reprises et à des jours différents que plusieurs personnes résidentes étaient assises sur un harnais de transfert utilisé avec un lève-personne mécanique alors qu'elles se déplaçaient en fauteuil roulant.

Le personnel a mentionné qu'une personne résidente était assise sur un harnais de bain dans son fauteuil roulant parce que son bain était prévu après le déjeuner et qu'il était donc plus facile de la laisser ainsi. Le programme de soins de la personne résidente a été examiné et rien n'indiquait qu'il s'agissait d'une préférence de la personne résidente ou qu'elle avait besoin de rester assise sur le harnais de transfert.

Le directeur adjoint des soins a fourni les instructions du fabricant pour l'utilisation de harnais à clips de la marque Arjo destinés aux transferts de personnes résidentes passives.

Les instructions de sécurité des harnais à boucles de la marque Arjo destinés aux transferts de personnes résidentes passives indiquent que « les patients assis dans un fauteuil roulant courent un risque accru de voir apparaître des escarres de décubitus en raison de la pression d'interface élevée sur des points d'appui par

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

rapport à la position allongée dans un lit.

Il convient de réaliser une évaluation ponctuelle de la peau et une évaluation globale du patient avant de décider si un harnais de transfert doit être laissé sous un patient pendant une période donnée [traduction libre] ».

La directrice des soins a mentionné qu'il n'existait aucune procédure pour surveiller ces possibles points d'appui étant donné que l'on ne s'attend pas à ce que les personnes résidentes restent assises sur des harnais à clips de la marque Arjo destinés aux transferts de personnes résidentes passives lorsqu'elles se déplacent en fauteuil roulant.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que l'ensemble du personnel utilise l'équipement conformément aux instructions du fabricant, en particulier les harnais destinés aux lève-personnes mécaniques, a fait courir à la personne résidente et aux autres personnes résidentes un risque accru d'altération de l'intégrité épidermique.

Sources : Observations, instructions du fabricant et entretien avec la directrice des soins. [741831]

AVIS ÉCRIT : Tenue vestimentaire

Problème de conformité n° 006 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de l'article 44 du Règl. de l'Ont. 246/22

Tenue vestimentaire

Article 44. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque résident du foyer reçoive au besoin l'aide voulue pour s'habiller et à ce qu'il soit habillé de façon appropriée compte tenu du moment de la journée et de ses préférences et à ce qu'il porte des vêtements propres qui lui appartiennent et des chaussures propres appropriées.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que chaque personne résidente du foyer reçoive au besoin l'aide voulue pour s'habiller et à ce qu'elle soit habillée de façon appropriée compte tenu du moment de la journée et de ses préférences.

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Justification et résumé

Lors des observations dans la salle à manger, on a vu qu'une personne résidente assise dans son fauteuil roulant était vêtue d'un tee-shirt et d'une culotte d'incontinence.

Des membres du personnel ont remarqué que la personne résidente ne portait qu'une culotte et l'ont recouverte d'une couverture trouvée sur le sol à côté d'elle. Lors d'un entretien, le personnel a mentionné que la personne résidente était dans son fauteuil roulant depuis le quart de nuit et qu'elle portait une chemise d'hôpital.

Le personnel a mentionné que la famille de la personne résidente n'aimait pas qu'elle porte une chemise d'hôpital et qu'elle l'a donc aidée à enfiler un tee-shirt. La famille n'a pas aidé la personne résidente à s'habiller complètement parce qu'elle a mentionné que la personne résidente allait avoir son bain après le déjeuner. Des membres du personnel ont mentionné qu'ils avaient recouvert la personne résidente d'une couverture.

Le programme de soins de la personne résidente n'indiquait pas qu'elle préférerait porter un tee-shirt et une culotte pendant le service des repas. La directrice des soins a affirmé qu'il ne serait pas approprié d'amener à un service de repas une personne résidente qui porte un tee-shirt et une culotte.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce qu'une personne résidente reçoive au besoin l'aide voulue pour s'habiller et à ce qu'elle soit habillée de façon appropriée compte tenu du moment de la journée et de ses préférences, avec des vêtements propres qui lui appartiennent, a fait courir à la personne résidente le risque de perdre sa dignité.

Sources : Observations, examen des dossiers de la personne résidente et entretiens avec le personnel. [741831]

AVIS ÉCRIT : Préparation alimentaire

Problème de conformité n° 007 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de l'alinéa 78 (2) f) du Règl. de l'Ont. 246/22

Préparation alimentaire

Paragraphe 78 (2) Le système de préparation alimentaire doit prévoir au minimum ce qui suit :

f) la communication des substitutions de menu aux résidents et au personnel;

1. Le titulaire de permis n'a pas communiqué les substitutions de menu aux personnes résidentes et au personnel.

Justification et résumé

Lors d'une observation, le menu affiché pour la journée indiquait que l'on servirait ce jour-là une soupe à l'orge et au poulet ainsi que des macarons en barres aux framboises sauvages pour le dessert.

On a entendu le personnel proposer aux personnes résidentes de la soupe à l'orge et au poulet. Après que la soupe ait été servie, le personnel a dit aux personnes résidentes qu'il s'agissait en réalité d'une soupe noces à l'italienne. À la fin du repas, on a observé que le personnel proposait aux personnes résidentes des carrés aux dattes pour le dessert.

Le personnel a mentionné que le foyer s'attendait à ce qu'il communique les substitutions de menu au personnel et aux personnes résidentes du foyer, mais que cela n'a pas été fait.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que les personnes résidentes soient informées des substitutions de menu dans le foyer présentait un risque d'insatisfaction des personnes résidentes quant à la qualité de la préparation alimentaire du foyer et aux choix offerts.

Sources : Observations du menu affiché dans le foyer et du service des repas et entretien avec le personnel. [741748]

2. Le titulaire de permis n'a pas communiqué les substitutions de menu aux personnes résidentes.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Justification et résumé

Lors de l'observation d'un repas, le personnel a mentionné qu'il y avait une substitution de menu, plus particulièrement le dessert.

Le chef de district a affirmé que l'on doit communiquer toute substitution de menu aux personnes résidentes en mettant à jour le menu quotidien affiché dans la salle à manger des personnes résidentes.

Le menu ne montrait pas la substitution lors des observations du service des repas.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que le système de préparation alimentaire permette de communiquer les substitutions de menu aux personnes résidentes n'a pas entraîné de risque direct pour les personnes résidentes.

Sources : Observations, examen du menu et entretiens avec le personnel. [741831]

AVIS ÉCRIT : Préparation alimentaire

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

Non-respect : de l'alinéa 78 (7) a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Préparation alimentaire

Paragraphe 78 (7) Le titulaire de permis veille à ce que soient mis en place au foyer les éléments suivants et à ce que son personnel s'y conforme :

a) des politiques et des marches à suivre relatives à l'utilisation et au nettoyage sécuritaires de l'équipement lié au système de préparation alimentaire et au service de restauration et de collation;

Le titulaire de permis n'a pas respecté ses politiques et marches à suivre relatives au nettoyage sécuritaire de l'équipement lié au service de restauration.

Justification et résumé

Ministère des Soins de longue duréeDivision 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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

La politique relative à la température des aliments de la dépense exige que l'aide-diététicien lave et assainisse les thermomètres après chaque utilisation au point de service.

Lors des observations, le membre du personnel en diététique a plongé le thermomètre dans un seau rouge après l'avoir utilisé. Lors des observations à une autre occasion, le membre du personnel en diététique a plongé le thermomètre dans un seau vert, puis dans un seau rouge avant de prendre la température de l'aliment suivant.

Le membre du personnel en diététique a affirmé qu'il était tenu, après chaque utilisation du thermomètre, d'utiliser d'abord le seau vert qui contenait de l'eau et du savon pour nettoyer le thermomètre, puis le seau rouge pour l'assainir.

Le chef des services alimentaires a affirmé qu'on lui avait demandé d'utiliser un seau contenant de l'eau et du savon (seau vert) et un chiffon pour essuyer le thermomètre, puis d'utiliser un solvant désinfectant (seau rouge) et un chiffon pour essuyer le thermomètre, pour finalement secouer l'excès de liquide avant d'utiliser le thermomètre. Le chef des services alimentaires a affirmé que le désinfectant était sans danger pour les aliments et que le temps de contact était d'environ une minute.

Le fait de ne pas avoir respecté la politique relative à la température des aliments de la dépense du titulaire de permis a fait courir aux personnes résidentes un risque lorsque le thermomètre n'a pas été nettoyé adéquatement, ce qui a entraîné une contamination croisée des produits alimentaires.

Sources : Observation, politique relative à la température des aliments dans la dépense et entretiens avec le personnel. [741831]

AVIS ÉCRIT : Service de restauration et de collation

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

Non-respect : de la disposition 7 du paragraphe 79 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Service de restauration et de collation

Paragraphe 79 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

ce que le foyer offre un service de restauration et de collation qui comprend au minimum les éléments suivants :

7. Le service des repas un plat après l'autre pour chaque résident, à moins que le résident ou ses besoins évalués n'indiquent le contraire.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer offre le service des repas un plat après l'autre pour chaque personne résidente, à moins que la personne résidente ou ses besoins évalués n'indiquent le contraire.

Justification et résumé

Les observations ont eu lieu pendant le déjeuner, dans une section accessible aux personnes résidentes déterminée. Plusieurs personnes résidentes ont reçu leur déjeuner chaud avant d'avoir fini de manger leurs céréales.

On a servi à deux personnes résidentes leur déjeuner chaud avant qu'elles n'aient reçu l'aide nécessaire pour terminer de manger leurs céréales.

La directrice des soins a affirmé que l'on s'attendait à ce que l'on offre le service des repas un plat après l'autre aux personnes résidentes.

Le fait de ne pas avoir veillé à offrir le service des repas un plat après l'autre aux personnes résidentes leur a fait courir le risque d'une ingestion insuffisante d'aliments.

Sources : Observations, examen des dossiers de santé cliniques et entretiens avec le personnel. [741831]

AVIS ÉCRIT : Service de restauration et de collation

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

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

Service de restauration et de collation

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

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

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'aucun repas ne soit servi à une personne résidente ayant besoin d'aide pour manger ou boire avant que quelqu'un soit disponible pour lui fournir l'aide dont elle a besoin.

Justification et résumé

Des observations ont eu lieu pendant le déjeuner, dans une section accessible aux personnes résidentes déterminée. Une personne résidente a reçu des céréales, mais aucune aide ne lui a été apportée. On a observé qu'une autre personne résidente a essayé d'aider la personne résidente en l'encourageant et en soulevant la cuillère pour la nourrir. Pendant le service du repas, un membre du personnel s'est levé à plusieurs reprises afin d'apporter son aide pour d'autres tâches liées au service du repas, ce qui a fait en sorte que la personne résidente a dû attendre son retour. Le programme de soins de la personne résidente indiquait qu'elle dépendait fortement, voire entièrement, d'une aide pour manger ou boire.

Les céréales chaudes d'une personne résidente ont été placées sur la table environ cinq minutes avant que la personne résidente ne reçoive l'aide d'un préposé aux activités pour se rendre à la salle à manger. Lorsque la personne résidente est arrivée, le membre du personnel l'a aidée à manger. Deux personnes résidentes ont reçu leurs céréales sans préparation ni aide. Leur nourriture est restée sur la table jusqu'à ce qu'un membre du personnel puisse les aider.

La directrice des soins a mentionné que l'on s'attendait à ce que le repas soit servi aux personnes résidentes lorsqu'elles étaient prêtes à manger ou lorsque le personnel était disponible pour les aider à manger.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que les personnes résidentes ne se fassent pas servir leurs repas avant qu'un membre du personnel soit disponible pour leur apporter l'aide nécessaire a fait courir aux personnes résidentes le risque d'une ingestion insuffisante d'aliments et de liquides.

Sources : Observations dans la salle à manger, examen des dossiers de santé cliniques de la personne résidente et entretiens avec le personnel. [741831]