

Ministère des Soins de longue durée

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

District de London

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

Rapport public initial

Date d'émission du rapport : 18 juin 2024	
Numéro d'inspection : 2024-1087-0002	
Type d'inspection : Plainte Incident critique	
Titulaire de permis : 2063414 Ontario Limited en tant qu'associé commandité de 2063414 Investment LP	
Foyer de soins de longue durée et ville : Fox Ridge Community, Brantford	
Inspectrice principale/Inspecteur principal Pauline Waldon (741 071)	Signature numérique de l'inspectrice/Signature numérique de l'inspecteur
Autres inspectrices ou inspecteurs	

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : les 13, 16, 21, et 22 mai 2024

Les inspections concernaient :

- Plainte : n° 00108650 — SIC : 2570-000006-24 — relative à la prévention et à la gestion des chutes
- Plainte : n° 00113443 — SIC : 2570-000012-24 — relative à la prévention de la maltraitance et de la négligence
- Plainte : n° 00113879 — relative à la prévention et à la prise en charge des lésions cutanées et des plaies

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

- Prévention et prise en charge des lésions cutanées et des plaies (Skin and Wound Prevention and Management)
- Prévention et contrôle des infections (Infection Prevention and Control)
- Prévention de maltraitance et de négligence (Prevention of Abuse and Neglect)
- Prévention et gestion des chutes (Falls Prevention and Management)

Ministère des Soins de longue durée

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

District de London

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

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Marche à suivre relativement aux plaintes - titulaires de permis

Problème de conformité n° 001 Avis écrit remis aux termes de la disposition 154(1)1. de la LRSLD (2021)

Non-respect de : la disposition 26(1)a) de la LRSLD (2021)

Marche à suivre relatives aux plaintes — titulaires de permis

26(1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée prend les mesures suivantes :

a) il veille à ce que soit adoptée par écrit une marche à suivre conforme aux règlements relativement à la manière de porter plainte auprès de lui et à la façon dont il doit traiter les plaintes;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de gestion des plaintes du foyer soit suivi.

Conformément à l'alinéa 11(1)b) du Règlement de l'Ontario 246/22, le titulaire de permis est tenu de s'assurer que le foyer dispose de procédures écrites sur le traitement des plaintes et qu'il s'y conforme.

Plus précisément, le personnel n'a pas fourni de réponse écrite au ou à la plaignant(e) comme l'exige la réglementation.

Justification et résumé :

La politique du foyer en matière de plaintes verbales indiquait qu'une réponse écrite au ou à la plaignant(e) était requise.

Le foyer a reçu une plainte verbale concernant les soins d'une personne résidente et, bien que le directeur ou la directrice général(e) (DG) ait déclaré qu'il avait répondu verbalement au ou à la plaignant(e) 16 jours plus tard concernant l'avancement de l'enquête, aucune réponse écrite n'avait été fournie conformément à la politique du foyer.

Ministère des Soins de longue durée

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

District de London

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

Il n'y avait aucun risque pour la personne résidente à la suite de cela.

Sources : Politique du programme de gestion des plaintes (ON) (XXIII-E-10.00, dernière révision 12/2023), dossier des plaintes et entretien avec le directeur ou la directrice général(e)

[741071]

AVIS ÉCRIT : Dossiers des résidents

Problème de conformité n° 002 Avis écrit remis aux termes de la disposition 154(1)1. de la LRSLD (2021)

Non-respect de : la disposition 274b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Dossiers des résidents

274. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que :
b) ce dossier écrit soit tenu à jour en tout temps.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le dossier médical écrit d'une personne résidente soit tenu à jour.

Justification et résumé :

La personne résidente a reçu une ordonnance de tests spécifiques qui ont été effectués 17 jours plus tard.

Les résultats des tests ne figuraient pas dans le dossier médical de la personne résidente lorsque son état s'est détérioré le mois suivant.

Le foyer a dû appeler pour recevoir le dossier, qui a ensuite été envoyé au médecin du foyer pour examen, 27 jours après la fin des tests.

Le ou la gestionnaire de la qualité a indiqué qu'il incombait aux infirmières et infirmiers autorisés (IA) de s'assurer que le foyer avait reçu les résultats.

Le défaut de tenir le dossier médical de la personne résidente à jour, y compris les résultats des tests, a pu avoir une incidence sur les soins.

Sources : Notes d'évolution de la personne résidente, résultats des tests et entretien avec le ou la gestionnaire de la qualité.

Ministère des Soins de longue durée

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

District de London

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

[741071]

ORDRE DE CONFORMITÉ n° 001 Obligation de protéger

Problème de conformité n° 003 Ordre de conformité aux termes de la disposition 154(1)2. de la LRSLD (2021).

Non-respect de : LRSLD, 2021, par. 24 (1)

Obligation de protéger

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'inspectrice ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de conformité [LRSLD (2021), disposition 155(1)a] :

Le titulaire de permis doit :

1. Former tout le personnel spécifié sur la définition de la négligence en ce qui concerne le programme de soins de la peau et des plaies. Tenir un registre écrit de la formation dispensée, de la ou des personnes qui ont dispensé la formation, des noms des membres du personnel qui ont suivi la formation et de la ou des dates et heures auxquelles la formation a eu lieu.
2. Éduquer tout le personnel spécifié sur les attentes si une personne résidente refuse ou dort pendant les soins de plaies programmés, y compris les exigences en matière de documentation. Tenir un registre écrit de la formation dispensée, de la ou des personnes qui ont dispensé la formation, des noms des membres du personnel qui ont suivi la formation et de la ou des dates et heures auxquelles la formation a eu lieu.
3. Effectuer des vérifications hebdomadaires aléatoires des dossiers d'administration des médicaments (MAR) et des registres d'administration des traitements (TAR) pour une personne résidente par zone résidentielle du foyer, en variant les personnes résidentes d'une semaine à l'autre, le cas échéant, pour s'assurer que les traitements de soins des plaies sont effectués et qu'un suivi et la documentation appropriés sont effectués si une personne résidente n'a pas reçu le traitement de soins des plaies requis. Tenir un registre écrit des dates et heures des audits, des noms des personnes qui ont effectué

Ministère des Soins de longue durée

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

District de London

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

les audits, du résultat des audits et de toute mesure corrective prise en raison des audits jusqu'à ce que l'ordre soit respecté.

4. Effectuer des vérifications hebdomadaires aléatoires des évaluations de la peau et des plaies pour une personne résidente par zone résidentielle du foyer dont l'intégrité de la peau est altérée, en variant les personnes résidentes d'une semaine à l'autre, le cas échéant, afin de s'assurer qu'un suivi approprié de toute documentation suggérant une détérioration de la plaie a été effectué. Tenir un registre écrit des dates et heures des audits, des noms des personnes qui ont effectué les audits, du résultat des audits et de toute mesure corrective prise en raison des audits jusqu'à ce que l'ordre soit respecté.

Motifs :

Le titulaire de permis n'a pas protégé une personne résidente contre la négligence du personnel.

Conformément à l'article 7 du Règl. de l'Ont. 246/22, la négligence « s'entend du défaut de fournir à un résident les traitements, les soins, les services ou l'aide nécessaires à sa santé, à sa sécurité ou à son bien-être. S'entend en outre d'une inaction ou d'une tendance à l'inaction qui compromet la santé, la sécurité ou le bien-être d'un ou de plusieurs résidents. »

A. Justification et résumé :

La directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI) a indiqué que les infirmières et les infirmiers devaient créer un TAR pour les soins de plaies lorsqu'une nouvelle zone d'intégrité cutanée altérée était identifiée.

Aucun TAR n'a été créé pour les soins reçus par une personne résidente dont l'intégrité cutanée a été altérée jusqu'à 29 jours après l'identification de la zone. Il a été documenté que les soins des plaies n'ont été fournis qu'à quatre reprises au cours de cette période lors des évaluations de la peau et des plaies.

En outre, lorsque des traitements des lésions cutanées ont été ordonnés la semaine suivante, le TAR de la personne résidente indiquait qu'elle dormait ou avait refusé les soins à cinq reprises.

Le ou la DSI a expliqué que si le dossier d'une personne résidente indiquait qu'elle dormait ou refusait des soins, on s'attendait à ce que le personnel tente de nouveau de lui prodiguer les soins; évalue la raison du refus; informe l'infirmier ou l'infirmière responsable pour obtenir 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 de London

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

l'aide; informe le médecin ou l'infirmier ou l'infirmière autorisé (IA); et transmette les renseignements au personnel du prochain quart de travail.

À chacune de ces occasions, le membre du personnel a reconnu ne pas avoir effectué le suivi requis. Par conséquent, cinq des neuf traitements requis n'ont pas été fournis.

La personne résidente n'a pas reçu les soins de plaies requis en raison de l'inaction systématique du personnel qui n'a pas rempli de TAR pour les soins des plaies ni effectué le suivi lorsque la personne résidente refusait les soins ou dormait.

Sources : Notes d'évolution de la personne résidente, évaluations de la peau et des plaies, dossier sur l'administration des médicaments (MAR) et registre d'administration des traitements (TAR), notes d'enquête sur le foyer et entretien avec le ou la DSI.

[741071]

B. Justification et résumé :

Une zone d'altération de l'intégrité cutanée a été documentée dans le dossier d'une personne résidente; l'évaluation de la peau et des plaies pour cette date a révélé qu'un message avait été laissé à l'IA pour évaluer la zone, bien qu'il n'y ait aucune documentation à l'appui de cette demande.

L'IA n'a pas évalué la zone d'altération de l'intégrité cutanée de la personne résidente avant que la deuxième évaluation de la peau et des plaies ne soit réalisée 11 jours plus tard. À cette date, il a été documenté que la zone s'était détériorée.

De plus, une ordonnance a été rédigée à l'intention du personnel infirmier afin que le médecin ou l'IA soit informé de la dégradation de l'intégrité cutanée de la personne résidente.

Il a été documenté que l'intégrité de la peau de la personne résidente s'était détériorée à deux dates spécifiées, bien que le personnel ait reconnu n'avoir effectué aucun suivi avec le médecin ou l'IA comme requis.

Il y a eu un retard dans l'évaluation de la personne résidente et dans l'instauration d'un traitement approprié, afin d'assurer sa sécurité, sa santé et son bien-être en raison de l'inaction systématique du personnel qui n'a pas veillé au suivi auprès du médecin ou de l'infirmier ou de l'infirmière autorisé lorsque cela était nécessaire.

Ministère des Soins de longue durée

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

District de London

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

Sources : Notes d'évolution de la personne résidente, évaluations de la peau et des plaies, dossier sur l'administration des médicaments (MAR) et registre d'administration des traitements (TAR), notes d'enquête sur le foyer et entretien avec le ou la DSI.

[741071]

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 1^{er} août 2024

Un avis de pénalité administrative est délivré dans le cadre du présent ordre de conformité (APA n° 001).

AVIS DE PÉNALITÉ ADMINISTRATIVE (APA)

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la LRSLD (2021).

Avis de pénalité administrative (APA n° 001)

Lié à l'ordre de conformité (Problème de conformité n° 001)

En vertu de l'article 158 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*, le titulaire de permis doit payer une pénalité administrative de 5 500,00 \$, à verser dans les 30 jours suivant la date de la facture.

Conformément aux paragraphes 349(6) et (7) du Règl. de l'Ont. 246/22, cette pénalité administrative est émise au titulaire de permis qui ne s'est pas conformé à une exigence, entraînant un ordre de mise en conformité aux termes de l'article 155 de la Loi et pendant les trois ans immédiatement avant la date d'émission de cet ordre aux termes de l'article 155, le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la même exigence.

Ministère des Soins de longue durée

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

District de London

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

Historique de la conformité :

Un ordre de conformité de haute priorité, conformément au par. 24(1) de la LRSLD (2021), a été émis le 14 juillet 2023 dans le cadre du dossier d'inspection SIC n° 2023_1087_0003.

Il s'agit de la première fois qu'un APA est délivré au titulaire de permis en raison du non-respect de l'exigence en question.

La facture et les renseignements relatifs au paiement seront envoyés séparément par courrier après la signification du présent avis.

Le titulaire de permis ne doit PAS payer un APA au moyen d'une enveloppe pour les soins aux résidents fournie par le ministère [c.-à-d. soins infirmiers et personnels (SIP); services de programmes et de soutien (SPS); et aliments crus (AC)]. En soumettant un paiement au ministre des Finances, le titulaire de permis atteste qu'il a utilisé des fonds ne faisant pas partie de l'enveloppe pour les soins aux résidents afin de payer l'APA.

**ORDRE DE CONFORMITÉ ICO n° 002 Programmes obligatoires :
Soins de la peau et des plaies**

Problème de conformité n° 004 Ordre de conformité aux termes de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : Règl. de l'Ont. 246/22, sous-alinéa 53(1) 2.

Programmes obligatoires

53(1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soient élaborés et mis en œuvre au foyer les programmes interdisciplinaires suivants :

2. Un programme de soins de la peau et des plaies visant le maintien d'une bonne intégrité épidermique, la prévention des plaies et des lésions de pression, et le recours à des interventions efficaces en la matière.

L'inspecteur ordonne au titulaire de permis de préparer, de soumettre et de mettre en place un plan afin d'assurer la conformité à la [LRSLD (2021), al. 155 (1) b)] :

Le titulaire de permis doit préparer, soumettre et mettre en œuvre un plan pour s'assurer que le programme de soins de la peau et des plaies est respecté.

Ministère des Soins de longue durée

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

District de London

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

Le titulaire de permis doit, entre autres :

1. Les mesures correctives nécessaires, et les personnes chargées de les mettre en œuvre.
2. Le type et la fréquence du suivi de la qualité, y compris la personne responsable et la documentation requise.
3. La façon dont l'efficacité du plan sera évaluée et réévaluée, et la fréquence des évaluations.
4. Les stratégies pour remédier au non-respect du plan et la personne responsable de la conformité.

Veillez soumettre par écrit le plan pour atteindre la conformité à l'inspection n° 2024-1087-0002 à Pauline Waldon (741 071), inspectrice des foyers de soins de longue durée, ministère des Soins de longue durée, par courriel à londondistrict.mltdc@ontario.ca d'ici le 3 juillet 2024.

Veillez vous assurer que le plan écrit soumis ne contient pas de renseignements personnels (RP)/renseignements personnels sur la santé (RPS).

Motifs :

Le titulaire de permis n'a pas veillé au suivi du programme de soins de la peau et des plaies du foyer.

Conformément à l'alinéa 11(1)b) du Règlement de l'Ontario 246/22, le titulaire de permis est tenu de s'assurer que le foyer dispose d'un programme de soins de la peau et des plaies pour fournir des interventions efficaces en matière de soins cutanés et des plaies et du respect de celui-ci.

A. Plus précisément, le personnel n'a pas suivi les ordonnances d'administration du traitement requis lorsqu'une personne résidente présentait une altération de l'intégrité cutanée.

Justification et résumé :

La ou le DSI a indiqué que les infirmières et les infirmiers devaient créer un TAR pour l'évaluation hebdomadaire des soins de plaies lorsqu'une nouvelle zone d'intégrité cutanée altérée était identifiée.

Ministère des Soins de longue durée

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

District de London

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

Un TAR pour les évaluations hebdomadaires des plaies n'a été créé que 24 jours après l'apparition d'une zone d'intégrité cutanée altérée sur la personne résidente.

Les évaluations de la peau et des plaies n'ont pas été effectuées chaque semaine parce qu'aucun TAR n'avait été créé comme requis.

Sources : Évaluations de la peau et des plaies de la personne résidente, TAR et entretien avec le ou la DSI.
[741071]

B. Plus précisément, lorsqu'une zone d'intégrité cutanée altérée a été observée sur une personne résidente, la plaie n'a pas été évaluée et traitée comme une plaie distincte.

Justification et résumé :

Le foyer a utilisé une demande d'évaluation de la peau et des plaies où des photos d'une altération de l'intégrité de la peau ont été prises, avec le consentement de la personne résidente, dans le cadre de l'évaluation hebdomadaire des plaies.

Deux zones distinctes d'altération de l'intégrité de la peau ont été identifiées lors de l'examen des photos prises pour les évaluations de la peau et des plaies.

Rien dans la documentation des notes d'évolution, des TAR ou des évaluations de la peau et des plaies de la personne résidente, outre les photos associées à la demande d'évaluation de la peau et des plaies, n'indiquait que cette plaie supplémentaire était présente.

Le ou la DSI a déclaré que la plaie était intégrée dans la zone identifiée d'intégrité cutanée altérée, mais a reconnu qu'elle aurait dû être évaluée comme une plaie distincte.

En omettant de documenter, d'évaluer et de traiter la zone supplémentaire d'altération de l'intégrité cutanée de la personne résidente comme une zone distincte, la zone n'a pas été évaluée correctement et il y avait un risque que le traitement ne soit pas prodigué comme requis.

Sources : Notes d'évolution de la personne résidente, évaluations de la peau et des plaies, TAR et entretien avec le ou la DSI.

Ministère des Soins de longue durée

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

District de London

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

[741071]

C. Plus précisément, le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel du foyer utilise l'application Skin and Wound (SW) de Point Click Care (PCC) conformément à la formation sur la mesure de la zone d'intégrité cutanée altérée d'une personne résidente.

Justification et résumé :

Le foyer utilise l'application SW de PCC pour effectuer les évaluations des plaies. L'application SW permet à l'utilisateur de prendre une photo pour mesurer la zone d'altération de l'intégrité de la peau et de documenter les évaluations et les traitements de cette zone.

Un petit autocollant devait être placé près de la zone d'altération de l'intégrité cutanée lors de la prise des photos. Lors des évaluations ultérieures, la photo précédente devait être utilisée comme guide pour la nouvelle photo et l'autocollant devait être placé au même endroit pour assurer la précision des mesures ultérieures.

L'autocollant a été placé vers 8 heures, selon les aiguilles d'une montre, pour prendre la photo de la première évaluation des soins de la plaie de la personne résidente au moyen de l'application SW de PCC.

Lors des évaluations ultérieures, les autocollants n'ont pas été placés d'une manière cohérente avec l'évaluation initiale.

Le ou la gestionnaire de la qualité a reconnu que les autocollants n'étaient pas placés de manière cohérente, ce qui aurait eu une incidence sur la mesure de la zone d'altération de l'intégrité cutanée.

En ne suivant pas les instructions d'utilisation de l'application SW de PCC, les mesures de la zone d'altération de l'intégrité cutanée de la personne résidente n'étaient pas précises.

Sources : Évaluations de la peau et des plaies de la personne résidente, vidéo de formation sur l'application Skin and Wound de PCC et entretien avec le ou la gestionnaire de la qualité.
[741071]

D. Plus précisément, les évaluations de la peau et des plaies de la zone d'altération de l'intégrité cutanée d'une personne résidente n'ont pas été effectuées avec précision, comme l'exige la réglementation.

Ministère des Soins de longue durée

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

District de London

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

Justification et résumé :

L'application Skin and Wound de PCC a été utilisée par le foyer pour documenter les évaluations initiales et hebdomadaires des zones d'altération de l'intégrité cutanée des personnes résidentes. Ces évaluations comprenaient un examen complet de la zone, des tissus environnants, de la douleur, des traitements et du suivi.

Neuf évaluations de la peau et des plaies d'une personne résidente, réalisées sur une période de sept semaines, étaient incomplètes ou les renseignements documentés pour décrire la zone d'altération de l'intégrité cutanée ne correspondaient pas aux photos capturées lors des évaluations.

De plus, la zone d'altération de l'intégrité cutanée de la personne résidente a été reclassée dans le cadre d'une nouvelle évaluation de la peau et des plaies, mais les évaluations de la même zone se sont poursuivies dans le cadre de la classification précédente ainsi que de la classification mise à jour.

Le ou la DSI a reconnu que les évaluations n'étaient pas exactes.

Il y avait une description inexacte de la progression de la zone d'altération de l'intégrité cutanée de la personne résidente en raison du fait que les évaluations des plaies n'ont pas été effectuées de manière cohérente, précise et complète, ce qui présentait un risque que la personne résidente ne reçoive pas les soins et le traitement appropriés pour cette zone.

Sources : Évaluations de la peau et des plaies de la personne résidente, Protocole de gestion des soins de la peau et des plaies (Skin & Wound Care Management Protocol, VII-G-10.90, révisé en 08/2023) et entretien avec le ou la DSI.
[741071]

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 26 juillet 2024

ORDRE DE CONFORMITÉ n° 003 Soins de la peau et des plaies

Problème de conformité n° 005 Ordre de conformité aux termes de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : Règl. de l'Ont. 246/22, sous-alinéa 55(1) 3.
Soins de la peau et des plaies

Ministère des Soins de longue durée

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

District de London

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

55 (1) Le programme de soins de la peau et des plaies doit au minimum prévoir ce qui suit :

3. Des stratégies pour le transfert et les changements de position de résidents de façon à réduire et à prévenir les ruptures de l'épiderme et à réduire et à éliminer la pression, notamment grâce à l'utilisation d'équipement, de fournitures, d'appareils et d'aides pour changer de position.

L'inspectrice ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de conformité [LRSLD (2021), disposition 155(1)a] :

Le titulaire de permis doit :

1. Sensibiliser tout le personnel identifié aux exigences d'évaluation et de mise en œuvre de stratégies visant à réduire et à soulager la pression chez les personnes résidentes susceptibles de développer des plaies de pression. Tenir un registre écrit de la formation dispensée, des membres du personnel qui ont terminé la formation, des dates et heures où la formation a eu lieu et des noms des personnes qui ont dispensé la formation.
2. Effectuer des vérifications hebdomadaires des personnes résidentes répondant aux exigences spécifiées pour s'assurer que les stratégies appropriées de soulagement de la pression sont en place et documentées avec précision. Tenir un registre écrit des dates et heures des audits, des noms des personnes qui ont effectué les audits, du résultat des audits et de toute mesure corrective prise en raison des audits jusqu'à ce que l'ordre soit respecté.

Motifs :

Le titulaire de permis n'a pas veillé au respect de la politique et du protocole de gestion des soins de la peau et des plaies du foyer.

Conformément à l'alinéa 11(1)b) du Règlement de l'Ontario 246/22, le titulaire de permis est tenu de s'assurer que le foyer dispose d'un programme de soins de la peau et des plaies pour fournir des stratégies pour le transfert et les changements de position de résidents de façon à réduire et à prévenir les ruptures de l'épiderme et à réduire et à éliminer la pression, notamment grâce à l'utilisation d'équipement, de fournitures, d'appareils et d'aides pour changer de position, et du respect de celui-ci.

Plus précisément, le titulaire de permis n'a pas veillé à la réévaluation des mesures de prévention et de soulagement de la pression, et à la mise en œuvre des modifications s'il y 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 de London

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

lieu, lorsqu'une personne résidente répondait aux exigences de révision ou de mise à jour des stratégies de soulagement de la pression conformément à la politique du foyer et au protocole de gestion des soins de la peau et des plaies.

Justification et résumé :

Le protocole et la politique de gestion des soins de la peau et des plaies du foyer précisait qu'une révision ou une mise à jour des mesures préventives en place et énumérées dans le programme de soins des personnes résidentes ayant un score de l'Échelle de risque d'ulcères de décubitus (interRAI PURS) de trois ou plus était nécessaire.

L'altération de l'intégrité cutanée observée sur une personne résidente a été évaluée et on a conclu qu'elle répondait aux critères de la politique du foyer en matière de révision ou de mise à jour des mesures préventives de soulagement de la pression.

Le coordinateur ou la coordonnatrice du RAI a déclaré que rien n'avait été coché dans la liste des dispositifs de soulagement de la pression ou pour tourner ou repositionner la personne résidente, alors que c'était généralement le cas. On a également indiqué que des dispositifs de soulagement de la pression auraient dû être mis en place considérant le type d'altération de l'intégrité cutanée et la progression possible des soins, mais le personnel n'ait pas été en mesure de confirmer que cela s'était produit.

De plus, une tâche de retournement et de positionnement n'a été mise en œuvre qu'après que la personne résidente ait développé d'autres zones d'altération de l'intégrité cutanée.

En omettant de réviser, de mettre à jour et de mettre en œuvre le protocole de gestion des soins de la peau et des plaies, qui comprenait les mesures préventives en place pour la personne résidente afin de prévenir et de soulager la dégradation de la peau due à la pression, les zones d'altération de l'intégrité cutanée de la personne résidente se sont détériorées, et elle a développé des zones supplémentaires d'altération de l'intégrité cutanée.

Sources : Notes d'évolution de la personne résidente, programme de soins, évaluations de la peau et des plaies, scores de résultats de l'ensemble minimal de données de la personne résidente, examen de la documentation, Protocole de gestion des soins de la peau et des plaies (Skin & Wound Care Management Protocol, VII-G-10.90, révisé en 08/2023) et entretiens avec le personnel.

[741071]

Ministère des Soins de longue durée

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

District de London

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

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 26 juillet 2024

ORDRE DE CONFORMITÉ n° 004 Prévention et gestion des chutes

Problème de conformité n° 006 Ordre de conformité aux termes de la disposition 154(1)2. de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 54(1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Prévention et gestion des chutes

54(1) Le programme de prévention et de gestion des chutes doit au minimum prévoir des stratégies visant à diminuer les chutes ou à en atténuer les effets, notamment par la surveillance des résidents, le réexamen des régimes médicamenteux des résidents, la mise en œuvre de méthodes axées sur les soins de rétablissement et l'utilisation d'équipement, de fournitures, d'appareils et d'accessoires fonctionnels. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 54(1).

L'inspectrice ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de conformité [LRSLD (2021), disposition 155(1)a] :

Le titulaire de permis doit :

1. Éduquer tout le personnel identifié sur les exigences pour remplir et documenter les vérifications de routine en cas de traumatisme crânien (HIR). Tenir un registre écrit de la formation dispensée, des membres du personnel qui ont terminé la formation, des dates et heures où la formation a eu lieu et des noms des personnes qui ont dispensé la formation.
2. Effectuer des vérifications quotidiennes pour s'assurer que les formulaires sur les HIR sont dûment remplis et documentés pour les personnes résidentes qui répondent aux critères de surveillance suivant un traumatisme crânien. Tenir un registre écrit des dates et heures des audits, des noms des personnes qui ont effectué les audits, du résultat des audits et de toute mesure corrective prise en raison des audits jusqu'à ce que l'ordre soit respecté.

Ministère des Soins de longue durée

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

District de London

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

Motifs :

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de prévention et de gestion des chutes du foyer soit suivi, en particulier lorsque le personnel était tenu de remplir des documents relativement aux HIR de deux personnes.

Conformément à l'alinéa 11(1)b) du Règlement de l'Ontario 246/22, le titulaire de permis est tenu de s'assurer que le foyer dispose d'un programme de prévention et de gestion des chutes, y compris le suivi des personnes résidentes, et du respect de celui-ci.

Plus précisément, le personnel ne s'est pas conformé aux exigences énoncées dans le document sur les HIR du foyer.

A. Justification et résumé :

Le document sur les HIR du foyer décrivait les instructions à suivre en cas de traumatisme crânien, y compris la surveillance et la documentation du pouls de la personne résidente, des respirations, de la pression artérielle, de la réaction des pupilles, du niveau de conscience, des mouvements involontaires des membres ou du corps, des signes de nausées, de vomissements, de maux de tête et de changement de l'état mental. Des contrôles étaient nécessaires au moment de la blessure, puis toutes les 30 minutes pendant une heure, toutes les heures pendant quatre heures et toutes les huit heures pendant 56 heures ou jusqu'à ce que le médecin ordonne d'arrêter la surveillance.

Une personne résidente a subi trois chutes documentées où le protocole de HIR a été lancé.

La documentation sur les formulaires était incomplète conformément aux exigences décrites dans le document.

En outre, à six reprises, il a été indiqué sur les formulaires de HIR que la personne résidente dormait et donc que les vérifications n'ont pas été effectuées à ces moments.

Le directeur ou la directrice adjoint des soins infirmiers (DASI) a indiqué que l'on s'attendait à ce que les évaluations de HIR soient effectuées même si la personne résidente dormait.

Il y avait un risque que les signes et les symptômes de traumatisme crânien d'une personne résidente qui a fait une chute passent inaperçus parce que le processus de HIR n'a pas été dûment réalisé et documenté.

Ministère des Soins de longue durée

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

District de London

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

Sources : HIR de la personne résidente et entretien avec le ou la DASI.

[741071]

B. Justification et résumé :

Une personne résidente a une chute où le protocole de HIR a été lancé.

À deux reprises, la documentation indique que la personne résidente dormait au moment de la vérification et les HIR n'ont pas été réalisées comme requis.

Le ou la DASI a indiqué que l'on s'attendait à ce que les évaluations de HIR soient effectuées même si la personne résidente dormait.

Il y avait un risque que les signes et les symptômes de traumatisme crânien d'une personne résidente qui a fait une chute passent inaperçus parce que le processus de HIR n'a pas été dûment réalisé et documenté.

Sources : Notes d'évolution de la personne résidente, HIR et entretien avec le ou la DASI.

[741071]

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 26 juillet 2024

RENSEIGNEMENTS SUR LA RÉVISION/L'APPEL

PRENDRE ACTE

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

Ministère des Soins de longue durée

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

District de London

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

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
courriel : MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca

Si la signification se fait :

- a) par courrier recommandé, elle est réputée être faite le cinquième jour qui suit le jour de l'envoi;
- b) par courriel, elle est réputée être faite le lendemain, si le document a été signifié après 16 heures;
- c) par messagerie commerciale, elle est réputée être faite le deuxième jour ouvrable après le jour où la messagerie commerciale reçoit le document.

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 réexamen présentée par le titulaire de permis, le ou les présents ordres et le présent avis de pénalité administrative sont réputés confirmés par le directeur et, aux fins d'un appel interjeté devant la CARSS, le directeur est réputé avoir signifié au titulaire de permis une copie de ladite décision à l'expiration du délai de 28 jours.

Ministère des Soins de longue durée

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

District de London

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

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 (art. 155) ou l'APA (art. 158) d'un inspecteur.

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

Commission d'appel et de révision des services de la 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.