

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 Nord

159, rue Cedar, bureau 403
Sudbury (Ontario) P3E 6A5
Téléphone : 800 663-6965

Rapport public initial

Date de publication du rapport : 13 septembre 2024

Numéro d'inspection : 2024-1305-0004

Type d'inspection :

Plainte
Incident critique
Suivi

Titulaire de permis : 2063412 Ontario Limited comme commandité de 2063412 Investment LP

Foyer de soins de longue durée et ville : Muskoka Shores Community,
Gravenhurst

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 22-25 juillet 2024

Les rapports suivants ont fait l'objet d'une inspection :

- Deux rapports étaient liés à des incidents impliquant une personne résidente qui ont entraîné une blessure;
- Trois rapports étaient liés à une chute d'une personne résidente ayant entraîné un transfert à l'hôpital;
- Un rapport était lié à une plainte concernant la prévention des chutes;
- L'un de ces rapports était le suivi d'une ordonnance de conformité au Règlement de l'Ontario 246/22, sous-al. 55 (2) b) (ii);

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 Nord

159, rue Cedar, bureau 403
Sudbury (Ontario) P3E 6A5
Téléphone : 800 663-6965

- Un rapport était lié à une allégation de mauvais traitements d'ordre physique infligés à une personne résidente.

Ordres de conformité émis précédemment

Les ordres de conformité suivants qui ont été émis précédemment ont été jugés conformes :

L'ordre n° 001 suite à l'inspection n° 2024-1305-0002 conformément au sous-al. 55 (2) (b) (ii) du Règl. de l'Ont. 246/22

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

- Gestion des soins de la peau et prévention et gestion des plaies
- Soins aux résidents et services de soutien
- Alimentation, nutrition et hydratation
- Foyer sûr et sécuritaire
- Prévention et contrôle des infections
- Prévention des mauvais traitements et de la négligence
- Prévention et gestion des chutes
- Admission, absences et congé

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Nord

159, rue Cedar, bureau 403
Sudbury (Ontario) P3E 6A5
Téléphone : 800 663-6965

Avis écrit de non-conformité n° 001 aux termes de la LRSLD (2021), par. 154 (1) 1.

Non-respect de : LRSLD, 2021, al. 6 (11) b)

Programme de soins

par. 6 (11) Lorsqu'un résident fait l'objet d'une réévaluation et que son programme de soins est réexaminé et révisé :

b) si le programme de soins est révisé parce que les soins qui y sont prévus se sont révélés inefficaces, le titulaire de permis veille à ce que des méthodes différentes soient prises en considération dans le cadre de la révision du programme.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'efficacité des interventions visant à aider une personne résidente à répondre à ses besoins de soins personnels soit évaluée et à ce que différentes approches soient prises en compte dans la révision du programme de soins.

Justification et résumé

Le programme de soins de la personne résidente décrivait les interventions précises auxquelles est tenu de recourir le personnel pour aider à prodiguer des soins quotidiens liés à un besoin particulier de soins personnels. Un renvoi à un organisme externe a indiqué qu'il y avait une intensification d'un comportement réactif spécifié et que les interventions décrites dans le plan de soins n'étaient plus efficaces.

Des membres du personnel ont déclaré que la personne résidente affichait presque toujours des comportements réactifs précis pendant une période spécifiée. Lorsque cela se produisait, ils avaient recours aux interventions prévues dans le programme de soins et, si cela ne fonctionnait pas, les soins n'étaient pas fournis.

Aucun dossier n'indique que l'équipe s'est rencontrée pour dresser une stratégie ou

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 Nord

159, rue Cedar, bureau 403
Sudbury (Ontario) P3E 6A5
Téléphone : 800 663-6965

que différentes approches ont été adoptées lorsque l'efficacité des interventions a été réévaluée et jugée inefficace.

La directrice des soins infirmiers (DSI) a confirmé que les membres du personnel auraient dû envisager différentes approches pour aider la personne résidente à répondre à ses besoins de soins personnels lorsqu'il a été déterminé que les interventions prévues dans le programme de soins étaient inefficaces.

L'omission de ne pas s'assurer que le personnel avait envisagé différentes approches lorsqu'il avait déterminé que les interventions prévues pour aider une personne résidente à répondre à ses besoins de soins personnels étaient inefficaces a fait courir à la personne résidente un risque continu de ne pas recevoir l'aide requise pour répondre à ses besoins de soins personnels.

Sources : Observations d'une personne résidente; rapport d'IC, dossier médical d'une personne résidente et politique du titulaire de permis intitulée « Gestion des comportements réactifs »; entrevues avec la DSI et d'autres membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Le titulaire de permis doit faire enquête, intervenir et agir

Avis écrit de non-conformité n° 002 aux termes de la LRSLD, 2021, par. 154 (1) 1.

Non-respect de : LRSLD, 2021, sous-al. 27 (1) a) (i)

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

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

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Nord

159, rue Cedar, bureau 403
Sudbury (Ontario) P3E 6A5
Téléphone : 800 663-6965

- a) les incidents suivants qui sont présumés, soupçonnés ou observés et dont il a connaissance ou qui lui sont signalés font l'objet d'une enquête immédiate :
- (i) les mauvais traitements infligés à un résident par qui que ce soit,

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les allégations de mauvais traitements infligés à une personne résidente qui ont été signalées au foyer fassent immédiatement l'objet d'une enquête.

Justification et résumé

Les préoccupations que suscitait la façon dont les membres du personnel prodiguaient des soins à une personne résidente ont été consignées par le personnel autorisé dans les notes d'évolution de la personne résidente. Selon les notes, l'infirmière responsable, le gestionnaire de garde et la DSI ont tous été mis au courant des allégations le même jour.

Un examen des dossiers d'enquête du foyer a révélé que l'enquête sur les allégations a débuté deux jours plus tard.

La DSI a confirmé que l'enquête n'avait pas commencé tout de suite.

L'omission de veiller à ce que les allégations de mauvais traitements qu'auraient infligés des membres du personnel à une personne résidente fassent immédiatement l'objet d'une enquête a eu un impact minimal sur cette personne résidente.

Sources : Rapports d'IC et rapports après les heures normales de travail; notes d'évolution d'une personne résidente, communications internes, politique 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 Nord

159, rue Cedar, bureau 403
Sudbury (Ontario) P3E 6A5
Téléphone : 800 663-6965

titulaire de permis intitulée « Prévention des mauvais traitements et de la négligence » et dossier d'enquête interne du foyer; entrevues avec un membre du personnel autorisé et la DSI.

AVIS ÉCRIT : Plaintes concernant certaines questions : rapport à la directrice

Avis écrit de non-conformité n° 003 aux termes de la LRSLD, 2021, par. 154 (1) 1.

Non-respect de : LRSLD, 2021, par. 28 (1) 2.

Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

par. 28 (1) Quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner que l'un ou l'autre des cas suivants s'est produit ou peut se produire fait immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et communique les renseignements sur lesquels ils sont fondés :

2. Les mauvais traitements infligés à un résident par qui que ce soit ou la négligence un résident de la part du titulaire de permis ou du personnel, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les allégations de mauvais traitements infligés à une personne résidente soient immédiatement signalés à la directrice.

Justification et résumé

Le foyer a soumis à la directrice un rapport d'IC concernant les mauvais traitements d'ordre physique infligés par le personnel à la personne résidente, deux jours après l'incident.

Selon les notes d'évolution de la personne résidente, les allégations de mauvais

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 Nord

159, rue Cedar, bureau 403
Sudbury (Ontario) P3E 6A5
Téléphone : 800 663-6965

traitements ont été immédiatement signalées à l'infirmière responsable, au gestionnaire de garde et à la DSI.

La DSI a confirmé que les allégations de mauvais traitements d'ordre physique infligés à la personne résidente ont été signalées tardivement à la directrice.

L'omission de signaler immédiatement les allégations de mauvais traitements à la directrice pourrait avoir exposé la personne résidente à un risque de subir un incident semblable et a retardé l'ouverture de l'enquête sur les allégations.

Sources : Rapports d'IC et en dehors des heures normales de travail, notes d'évolution d'une personne résidente, correspondance par courriel, politique du titulaire de licence intitulée « Prévention des mauvais traitements et de la négligence » et « Signalement des incidents critiques »; entrevues avec un membre du personnel autorisé et la DSI.

AVIS ÉCRIT : Programme de soins élaboré dans les 24 heures d'une admission

Avis écrit de non-conformité n° 004 aux termes de la LRSLD, 2021, par. 154 (1) 1.

Non-respect de : Règl. de l'Ont. 246/22, al. 27 (3) b)

Programme de soins provisoire élaboré dans les 24 heures d'une admission par. 27 (3) Le titulaire de permis veille à ce que le programme de soins provisoire établisse ce qui suit :

c) des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs au résident. Règl. de l'Ont. 246/22, al. 27 (3).

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 Nord

159, rue Cedar, bureau 403
Sudbury (Ontario) P3E 6A5
Téléphone : 800 663-6965

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins élaboré dans les 24 heures suivant l'admission fournisse des directives claires au personnel concernant les interventions de prévention des chutes d'une personne résidente.

Justification et résumé

Une personne résidente a fait une chute peu de temps après son admission. Le programme de soins élaboré dans les 24 heures suivant l'admission indiquait que le résident présentait un risque de chute et comprenait des mesures que le personnel doit prendre pour prévenir les chutes ou les blessures causées par celles-ci.

Une IA a déclaré avoir mis à jour le programme de soins et ajouté des interventions visant à prévenir les chutes; toutefois, l'information contenue dans le programme de soins n'a pas été ajoutée correctement et n'a pas fourni de directives claires au personnel. La directrice générale a convenu que le programme de soins ne fournissait pas de directives claires au personnel concernant les interventions prévues de prévention des chutes.

Il y avait un risque de préjudice causé par l'absence d'instructions claires dans le programme de soins de la personne résidente en ce qui concernait les interventions de prévention des chutes, car la personne résidente courait le risque de faire des chutes.

Sources : Notes d'évolution et plan de soins d'une personne résidente; entrevues avec une infirmière autorisée et la directrice générale.

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 Nord

159, rue Cedar, bureau 403
Sudbury (Ontario) P3E 6A5
Téléphone : 800 663-6965

AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes

Avis écrit de non-conformité n° 005 aux termes de la LRSLD, 2021, par. 154 (1) 1.

Non-respect de : Règl. de l'Ont. 246/22, al. 54 (1)

Prévention et gestion des chutes

par. 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, al. 54 (1)

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au programme de prévention des chutes en omettant de mettre en œuvre des stratégies pour une personne résidente.

Conformément au par. 11(1)b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis est tenu de s'assurer que le programme de prévention et de gestion des chutes fournisse, à tout le moins, des stratégies pour réduire ou atténuer les chutes, prévoyant notamment la surveillance des personnes résidentes et l'utilisation d'équipement, de fournitures, d'appareils et d'aides fonctionnelles à cette fin.

Plus précisément, le personnel ne s'est pas conformé à la politique du foyer intitulée « Prévention et gestion des chutes, VII-G-30.10 », qui stipulait que le personnel devait effectuer une évaluation des risques de chute à l'admission et mettre à jour le programme de soins en y incluant des interventions de prévention

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 Nord

159, rue Cedar, bureau 403
Sudbury (Ontario) P3E 6A5
Téléphone : 800 663-6965

des chutes destinées tout particulièrement à la personne résidente. La politique précisait également que les personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP) devaient recourir aux interventions de prévention des chutes énoncées dans le programme de soins de la personne résidente.

Justification et résumé

a) Une personne résidente a été trouvée sur le sol peu après son admission. L'évaluation postérieure à la chute a révélé que les interventions de prévention des chutes incluses au programme de soins établi dans les 24 heures qui ont suivi l'admission n'étaient pas en place au moment de la chute.

La DSI a déclaré que les interventions de prévention des chutes de la personne résidente auraient dû avoir été mises en place au moment de la chute et qu'elle ne savait pas pourquoi elles ne l'étaient pas.

La personne résidente a subi un impact modéré en raison de l'omission de mettre en œuvre les interventions de prévention des chutes requises, car cette personne résidente est tombée et s'est blessée durant cette chute.

Sources : Programme de soins et notes d'évolution d'une personne résidente; Politique intitulée « Prévention et gestion des chutes, VII-G-30.10, dernière révision 06/2024; entrevues avec le personnel autorisé, la DSI, le partenaire de soins cliniques et la directrice générale.

b) Une personne résidente a été admise au foyer et un type d'outil de surveillance a été mis en place dès son admission. La personne résidente risquait de tomber, et les notes d'évolution indiquaient que des interventions précises de prévention 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 Nord

159, rue Cedar, bureau 403
Sudbury (Ontario) P3E 6A5
Téléphone : 800 663-6965

chutes devaient être mises en place. La personne résidente a fait une chute qui a entraîné une blessure dans l'espace d'une période précisée. Un examen de la documentation de l'outil de surveillance a révélé qu'il n'y avait pas de documentation pendant la période précisée.

Une IA et la DSI ont confirmé que l'outil de surveillance devait être entièrement rempli par le personnel pendant la période précisée et, selon la documentation de l'outil de surveillance, il n'était pas entièrement rempli.

Le fait de ne pas remplir l'outil de surveillance a entraîné un risque modéré pour la personne résidente, qui a fait une chute et a subi une blessure pendant la période où l'outil de surveillance n'avait pas été rempli.

Sources : Notes d'évolution d'une personne résidente et documentation de l'outil de surveillance; entrevues avec une IA et la DSI.

AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes

Avis écrit de non-conformité n° 006 aux termes de la LRSLD 2021, par. 154 (1) 1.

Non-respect de : Règl. de l'Ont. 246/22, al. 54 (3)

Prévention et gestion des chutes

par. 54 (3) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que l'équipement, les fournitures, les appareils et les accessoires fonctionnels visés au paragraphe (1) soient facilement accessibles au foyer. Règl. de l'Ont. 246/22, al. 54 (3)

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 Nord

159, rue Cedar, bureau 403
Sudbury (Ontario) P3E 6A5
Téléphone : 800 663-6965

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'équipement, les fournitures, les appareils et les accessoires fonctionnels soient facilement accessibles aux fins de prévention des chutes.

Justification et résumé

Les notes d'évolution d'une personne résidente à l'admission indiquaient qu'elle risquait de tomber et qu'elle avait besoin de l'équipement spécifié pour prévenir les chutes. Les notes d'évolution consignées plus tard le même jour indiquaient que le personnel avait reçu une pièce d'équipement différente et qu'une demande avait été présentée pour obtenir l'équipement requis.

La personne résidente a fait une chute ayant causé une blessure avant l'installation de l'équipement requis.

La politique de prévention et de gestion des chutes du foyer stipule que les membres de l'équipe de première ligne doivent avoir accès en tout temps à une trousse de prévention des chutes et que le foyer doit s'assurer que les membres de l'équipe savent où se trouve cette trousse.

Une IA a déclaré qu'elle n'avait pas accès à l'équipement requis pour la personne résidente ce jour-là, de sorte qu'elle a plutôt fourni un autre type d'équipement. La DSI et la DG ont déclaré qu'après les heures normales, l'infirmière responsable aurait dû aller chercher l'équipement dans une trousse de prévention des chutes et fournir ainsi l'équipement qui convenait.

Le fait de ne pas disposer de l'équipement pour la prévention des chutes présentait un risque modéré, puisque la personne résidente risquait de tomber.

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 Nord

159, rue Cedar, bureau 403
Sudbury (Ontario) P3E 6A5
Téléphone : 800 663-6965

Sources : Notes d'évolution sur l'admission d'une personne résidente; Politique intitulée « Prévention et gestion des chutes, VII-G-30.10, dernière révision 06/2024; entrevues avec les personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP), le personnel infirmier autorisé, la DSI et la DG.

AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies

Avis écrit de non-conformité n° 007 aux termes de la LRSLD 2021, par. 154 (1) 1.

Non-respect de : Règl. de l'Ont. 246/22, al. 55 (2) b) (i)

Soins de la peau et des plaies

par. 55(2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

b) le résident qui présente des signes d'altération de l'intégrité épidermique, notamment des ruptures de l'épiderme, des lésions de pression, des déchirures de la peau ou des plaies, à la fois :

(iv) est réévalué au moins une fois par semaine par un membre du personnel infirmier autorisé, si cela s'impose sur le plan clinique;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente dont l'intégrité épidermique était altérée soit réévaluée au moins une fois par semaine par un membre du personnel infirmier autorisé.

Justification et résumé

Il a été constaté qu'un résident présentait des zones d'intégrité épidermique altérée nécessitant une réévaluation hebdomadaire.

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 Nord

159, rue Cedar, bureau 403
Sudbury (Ontario) P3E 6A5
Téléphone : 800 663-6965

Un examen des évaluations de la peau et des plaies effectuées sur une période précise a révélé que les zones présentant une altération de l'intégrité épidermique n'ont pas été réévaluées chaque semaine.

La DSI a confirmé que les zones où l'intégrité épidermique de la personne résidente était altérée n'ont pas été réévaluées chaque semaine, comme elles auraient dû l'être.

Le fait de ne pas réévaluer chaque semaine les zones où l'intégrité épidermique de la personne résidente était altérée augmentait le risque d'aggravation de cette intégrité dans les zones concernées parce que l'efficacité des traitements fournis n'a pas été évaluée.

Sources : Notes d'évolution d'une personne résidente et évaluations de la peau et des plaies, politique du titulaire de permis intitulée « Protocole de gestion du soin de la peau et des plaies » et entrevues avec un membre du personnel autorisé et la DSI.

AVIS ÉCRIT : Traitement des plaintes

Avis écrit de non-conformité n° 008 aux termes de la LRSLD 2021, par. 154 (1) 1.

Non-respect de : Règl. de l'Ont. 246/22, par. 108 (2)

Traitement des plaintes

par. 108 (2) Le titulaire de permis veille à ce que soit tenu au foyer un dossier documenté où figurent notamment les renseignements suivants :

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 Nord

159, rue Cedar, bureau 403
Sudbury (Ontario) P3E 6A5
Téléphone : 800 663-6965

- a) la nature de chaque plainte verbale ou écrite;
- b) la date de réception de la plainte;
- c) le type de mesures prises pour régler la plainte, notamment la date où elles ont été prises, l'échéancier des mesures à prendre et tout suivi nécessaire;
- d) le règlement définitif, le cas échéant;
- e) chaque date à laquelle une réponse a été donnée à l'auteur de la plainte et une description de la réponse;
- f) toute réponse formulée à son tour par l'auteur de la plainte.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un dossier décrivant chaque plainte verbale et écrite soit conservé au foyer relativement aux préoccupations ayant trait aux soins destinés à une personne résidente.

Justification et résumé

Les notes d'évolution d'une personne résidente précisait que les membres de la famille d'une personne résidente avaient exprimé des préoccupations et étaient insatisfaits des soins prodigués à cette personne résidente à plusieurs reprises. Les registres des plaintes du foyer ne contenaient aucun renseignement sur les préoccupations que suscitaient les soins prodigués à une personne résidente.

La DSI a déclaré qu'elle était au courant des préoccupations soulevées, mais qu'elle ne savait pas s'il y avait des documents liés aux préoccupations dans les registres des plaintes du foyer. Le partenaire de soins cliniques et la DG ont confirmé qu'il n'y avait pas de renseignements consignés sur les préoccupations relatives aux soins et qu'on aurait dû consigner de tels renseignements.

Le fait que le foyer ne couchait pas par écrit les préoccupations ayant trait à la

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Nord

159, rue Cedar, bureau 403
Sudbury (Ontario) P3E 6A5
Téléphone : 800 663-6965

personne résidente dans le registre des plaintes du foyer posait un faible risque.

Sources : Notes d'évolution d'une personne résidente; notes d'enquête du foyer; registres des plaintes du foyer; entrevues avec le personnel autorisé, DSI, partenaire de soins cliniques et DG.

AVIS ÉCRIT : Rapports : incidents graves

Avis écrit de non-conformité n° 009 aux termes de la LRSLD 2021, par. 154 (1) 1.

Non-respect de : Règl. de l'Ont. 246/22, par. 115 (3) 4.

Rapports : incidents graves

par. 115 (3) Le titulaire de permis veille, d'une part, à aviser le directeur lorsque se produisent au foyer les incidents suivants et ce, au plus tard un jour ouvrable après l'incident, et, d'autre part à faire suivre le rapport exigé au paragraphe (5) :

4. Sous réserve du paragraphe (4), un incident cause à un résident une lésion nécessitant son transport à l'hôpital et provoque un changement important dans son état de santé.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la directrice soit informée dans un délai d'un jour ouvrable d'un incident qui a causé une blessure à une personne résidente, laquelle blessure a nécessité son transport à l'hôpital et a provoqué un changement important de son état de santé.

Justification et résumé

Une personne résidente a été blessée alors qu'elle était dans le foyer, a été transportée à l'hôpital pour une évaluation plus approfondie et a été retournée au

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Nord

159, rue Cedar, bureau 403
Sudbury (Ontario) P3E 6A5
Téléphone : 800 663-6965

foyer le jour même, avec un changement important dans son état de santé qui nécessitait des soins continus.

La directrice a été informée de l'incident critique cinq jours plus tard.

La DSI a confirmé que l'incident critique a été signalé tardivement.

L'omission d'aviser la directrice dans un délai d'un jour ouvrable d'un incident causant une blessure à un résident ayant provoqué un changement important de son état de santé ne présentait aucun risque pour la personne résidente.

Sources : Rapport d'IC, notes d'évolution d'une personne résidente et dossier d'enquête du foyer, et entrevue avec la DSI.

ORDRE DE CONFORMITÉ n° 001 Programme de soins

Non-conformité n° 010 Ordre de conformité aux termes de la LRSLD, 2021, par. 154 (1) 2.

Non-respect de : LRSLD, 2021, par. 6 (7)

Programme de soins

par. 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.

L'inspecteur ordonne au titulaire de permis de respecter un ordre de conformité [LRSLD 2021, alinéa 155(1)a] :

Le titulaire de permis doit faire ce qui suit :

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Nord

159, rue Cedar, bureau 403
Sudbury (Ontario) P3E 6A5
Téléphone : 800 663-6965

- 1) S'assurer que les membres du personnel désignés examinent le programme de soins et kardex d'une personne résidente en ce qui concerne les interventions visant à assurer un service de collation sûr.
- 2) Créer et mettre en œuvre un processus pour s'assurer que tous les membres du personnel qui participent au service de collation pour la personne résidente spécifiée ont accès à l'information sur le chariot de collation concernant les accessoires d'adaptation et la supervision nécessaires et que les membres du personnel prennent les mesures énoncées.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente reçoive les soins précisés dans son programme de soins. Plus précisément, une personne résidente n'a pas reçu d'accessoires d'adaptation particuliers ou n'a pas reçu le bon niveau d'aide lors de la manipulation d'une boisson particulière.

Justification et résumé

Le plan de soins d'une personne résidente exigeait que le personnel lui fournisse un niveau d'aide spécifié et des accessoires d'adaptation précis à la réception d'une boisson particulière.

La personne résidente a été observée dans sa chambre avec la boisson en question, aucun membre du personnel n'était présent et pas tous les accessoires d'adaptation étaient en place.

Les membres du personnel ont déclaré qu'ils n'avaient pas examiné le programme de soins de la personne résidente avant de lui servir la boisson; qu'ils ne savaient pas que la personne résidente avait besoin du niveau d'aide spécifié ou 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 Nord

159, rue Cedar, bureau 403
Sudbury (Ontario) P3E 6A5
Téléphone : 800 663-6965

accessoires d'adaptation spécifiques pour manipuler la boisson en raison d'un incident antérieur.

La DSI a confirmé que le programme de soins n'était pas respecté au moment de l'observation, que le personnel aurait dû fournir le bon niveau d'aide à la personne résidente et avoir mis en place les accessoires d'adaptation spécifiques pour la manipulation de la boisson en question.

Le fait de ne pas s'assurer qu'une personne résidente recevait des accessoires d'adaptation et le bon niveau d'aide pendant la manipulation d'une boisson particulière a fait courir un risque accru de préjudice à cette personne.

Sources : Observations d'une personne résidente; programme de soins d'une personne résidente, rapport sur le service des menus et politique du titulaire de permis intitulée « Service de collation »; entrevues avec le directeur des services alimentaires, la DSI et d'autres membres du personnel.

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

25 octobre 2024

ORDRE DE CONFORMITÉ n° 002 Service de restauration et de collation

Problème de conformité n° 011 Ordonnance de conformité aux termes de l'alinéa 154 (1) 2 154 (1) 2.

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

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 Nord

159, rue Cedar, bureau 403
Sudbury (Ontario) P3E 6A5
Téléphone : 800 663-6965

Service de restauration et de collation

par. 79 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer offre un service de restauration et de collation qui comprend au minimum les éléments suivants :

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

L'inspecteur ordonne au titulaire de permis de respecter un ordre de conformité [LRSLD 2021, alinéa 155(1)a)]:

Le titulaire de permis doit faire ce qui suit :

1) Examiner et réviser les politiques du foyer sur le service de repas et de collation, ainsi que les températures au point de service, pour s'assurer que les boissons aux heures de repas et dans le cadre du service de collation et de boissons sont servies à une température sûre et appétissante aux personnes résidentes. Les politiques et procédures doivent comprendre ce qui suit :

- paramètres de température sûre et appétissante à laquelle servir des boissons chaudes

- renseignements sur les températures qui assurent la sécurité, le confort et la satisfaction des résidents en ce qui concerne les boissons, la façon d'atteindre des températures confortables et sûres et un processus de mise en œuvre de mesures correctives, au besoin, pour s'assurer que les boissons chaudes sont servies à une température sûre et appétissante;

2) Élaborer et mettre en œuvre un processus de vérification pour s'assurer que les résidents se voient offrir des liquides sûrs et appétissants conformément aux politiques et procédures révisées du foyer.

3) S'assurer que le processus de vérification comprend la vérification que les mesures appropriées ont été prises lorsque les boissons ne correspondent pas aux

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 Nord

159, rue Cedar, bureau 403
Sudbury (Ontario) P3E 6A5
Téléphone : 800 663-6965

niveaux indiqués dans les politiques et procédures du foyer.

4) Les vérifications doivent être effectuées au moins une fois par semaine pendant au moins quatre semaines, ou plus si des préoccupations persistantes sont relevées, après la signification du présent ordre. Il faut s'assurer que les vérifications comprennent les dates, l'heure, le nom et la signature du membre du personnel qui effectue la vérification, ainsi que toute mesure corrective prise si des problèmes sont relevés pendant le processus de vérification.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les liquides au foyer soient servis à une température à la fois sûre et appétissante pour les résidents.

Justification et résumé

On a demandé au foyer de fournir ses politiques concernant le service de collation et la température des boissons au point de service. Les documents fournis par le foyer ne contenaient aucune information sur la température sûre des boissons ni sur les exigences selon lesquelles le personnel doit vérifier la température des boissons chaudes avant de les servir aux résidents pendant les repas ou le service de collation.

Le directeur des services diététiques et d'autres membres du personnel ont reconnu qu'aucun processus n'avait été mis en place au foyer pour s'assurer que les boissons servies aux résidents étaient sûres et appétissantes et que la température des boissons n'était ni surveillée ni consignée au point de service. Le directeur des services diététiques a déclaré que même s'il savait qu'il n'y avait pas de politique en place concernant les températures sûres auxquelles servir les boissons, le foyer n'avait apporté aucun changement à ses processus pour prévenir un incident

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 Nord

159, rue Cedar, bureau 403
Sudbury (Ontario) P3E 6A5
Téléphone : 800 663-6965

semblable auprès d'autres résidents du foyer.

L'omission de s'assurer que le foyer avait mis en place un processus pour s'assurer que les boissons étaient servies à une température à la fois sûre et appétissante a eu une incidence importante sur une personne résidente qui a subi une blessure lorsqu'une boisson préparée s'est déversée sur elle et a mis d'autres personnes résidentes du foyer à risque de vivre une situation semblable.

Sources : Rapport d'IC, dossier de santé électronique d'une personne résidente, politiques du titulaire de licence intitulées « Températures de la nourriture - Point de service », and « Service de collation », dernière version, Journal of Food Service, vol. 84, n° 8, 2019-A Review of Hot Beverage Temperatures: Satisfying Consumer Preference and Safety, and Best Practices for Nutrition, Food Service, and Dining in LTC Home, 2019; et entrevues avec le superviseur des services d'alimentation, le directeur des services alimentaires, la DSI et d'autres membres du personnel.

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

25 octobre 2024

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 Nord

159, rue Cedar, bureau 403
Sudbury (Ontario) P3E 6A5
Téléphone : 800 663-6965

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 licence demande la révision d'un APA, l'obligation de payer est suspendue jusqu'à la décision de la révision.

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

La demande écrite de révision doit comprendre :

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

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

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 Nord

159, rue Cedar, bureau 403
Sudbury (Ontario) P3E 6A5
Téléphone : 800 663-6965

Directeur

a/s du coordonnateur des appels
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée du
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 effectuée le cinquième jour après le jour de l'envoi;
- b) par courriel, elle est réputée être effectuée le jour suivant, si le document a été signifié après 16 h
- c) par service de messagerie commerciale, elle est réputée être effectuée le deuxième jour ouvrable après la réception du document par le service de messagerie commerciale.

Si une copie de la décision du directeur n'est pas signifiée au titulaire de permis dans les 28 jours suivant la réception de la demande de révision du titulaire de permis, le ou les présents ordres et/ou le présent APA sont réputés confirmés par le directeur et, aux fins d'un appel devant la CARSS, le directeur est réputé avoir signifié au titulaire de permis une copie de ladite décision à l'expiration de la période de 28 jours.

Conformément à l'art. 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 :

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 Nord

159, rue Cedar, bureau 403
Sudbury (Ontario) P3E 6A5
Téléphone : 800 663-6965

- (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 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 du
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

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 Nord

159, rue Cedar, bureau 403
Sudbury (Ontario) P3E 6A5
Téléphone : 800 663-6965

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.