

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives  
aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers Waterloo(Ontario) N2V 1K8  
de soins de longue durée

**District du Centre-Ouest**  
609, rue Kumpf, bureau 105  
Téléphone : 888 432-7901

**Rapport public initial**

<b>Date d'émission du rapport :</b> 21 août 2024
<b>Numéro d'inspection :</b> 2024-1029-0001
<b>Type d'inspection :</b> Inspection proactive de conformité
<b>Titulaire de permis :</b> CVH (N° 2) LP par son associé commandité, Southbridge Care Homes (une société en commandite, par son associé commandité, Southbridge Health Care GP Inc.)
<b>Foyer de soins de longue durée et ville :</b> Parkview Manor Health Care Centre, Chesley

**RÉSUMÉ D'INSPECTION**

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 16 au 19, 22 au 25, 30 et 31 juillet 2024 et 1<sup>er</sup> août 2024  
L'inspection a eu lieu à l'extérieur aux dates suivantes : 24 et du 29 au 31 juillet 2024  
Les inspections concernaient :

- Plainte : N° 00121147 relativement à une inspection proactive de conformité

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

- Alimentation, nutrition et hydratation (Food, Nutrition and Hydration)
- Gestion des médicaments (Medication Management)
- Foyer sûr et sécuritaire (Safe and Secure Home)
- Amélioration de la qualité (Quality Improvement)

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives  
aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers Waterloo(Ontario) N2V 1K8  
de soins de longue durée

**District du Centre-Ouest**  
609, rue Kumpf, bureau 105  
Téléphone : 888 432-7901

Gestion de la douleur (Pain Management)  
Soins et services de soutien aux personnes résidentes (Resident Care and Support Services)  
Prévention et prise en charge des lésions épidermiques et des plaies (Skin and Wound Prevention and Management)  
Conseils des résidents et des familles (Residents' and Family Councils)  
Prévention et contrôle des infections (Infection Prevention and Control)  
Prévention des mauvais traitements et de la négligence (Prevention of Abuse and Neglect)  
Comportements réactifs (Responsive Behaviours)  
Normes en matière de dotation, de formation et de soins (Staffing, Training and Care Standards)  
Droits et choix des résidents (Residents' Rights and Choices)

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### Non-conformité rectifiée

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

Problème de conformité n° 001 – rectification réalisée conformément au par. 154 (2) de la LRSLD (2021).

**Non-respect de la disposition : 85 (3) r) de la LRSLD (2021).**

Affichage des renseignements  
par. 85 (3) Les renseignements exigés pour l'application des paragraphes (1) et (2) sont les

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives  
aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers Waterloo(Ontario) N2V 1K8  
de soins de longue durée

**District du Centre-Ouest**  
609, rue Kumpf, bureau 105  
Téléphone : 888 432-7901

suivants :

r) une explication des protections qu'offre l'article 30.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une explication de la protection des dénonciateurs soit affichée dans le foyer et respecte les exigences établies par les règlements.

**Justification et résumé**

L'inspecteur des foyers de soins de longue durée (FSLD) et la directrice des soins infirmiers n'étaient pas en mesure de localiser les renseignements sur la protection des dénonciateurs affichés dans le foyer.

L'administratrice a confirmé qu'ils n'avaient pas été affichés précédemment, mais l'ont été après que l'inspecteur des FSLD en ait informé le titulaire de permis.

**Sources :** Observation des affiches dans le foyer, entretien avec les PSSP n° 104 et n° 105, la directrice des soins infirmiers et l'administratrice.

Date de mise en œuvre de la rectification : 19 juillet 2024

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

**Non-respect de la disposition : 168 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Rapport sur l'amélioration constante de la qualité  
par. 168 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée rédige un rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité pour le foyer à l'égard de chaque exercice au plus tard trois mois après la fin de l'exercice. Sous réserve de l'article 271, il publie chaque rapport sur son site Web.

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives  
aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers Waterloo(Ontario) N2V 1K8  
de soins de longue durée

**District du Centre-Ouest**  
609, rue Kumpf, bureau 105  
Téléphone : 888 432-7901

**Justification et résumé**

Le titulaire de permis a omis de publier son rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité sur son site Web pour l'année 2024.

Le rapport sur l'ACQ n'était pas publié sur le site Web du foyer.

Le rapport sur l'ACQ a été publié sur le site Web après que l'inspecteur des FSLD ait avisé le titulaire de permis.

**Sources :** Site Web du FSLD, courriel de la DG et entretien avec la DSI.

Date de mise en œuvre de la rectification : 26 juillet 2024

**AVIS ÉCRIT : Obligation du titulaire de permis de** problème de conformité n° 003 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154(1)1 de la LRSLD (2021).

**Non-respect de la disposition : 73 de la LRSLD (2021)**

Obligation du titulaire de permis de consulter les conseils art. 73. Le titulaire de permis a l'obligation de consulter régulièrement le conseil des résidents et le conseil des familles, s'il y en a un, et, dans tous les cas, il les consulte au moins tous les trois mois.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à consulter régulièrement le conseil des familles au moins tous les trois mois.

**Justification et résumé**

Le foyer devait tenir des réunions trimestrielles d'assemblée et du conseil des familles. Toutefois, un examen des procès-verbaux des réunions des assemblées et du conseil des familles a révélé que les réunions n'avaient pas lieu tous les trois mois.

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives  
aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers Waterloo(Ontario) N2V 1K8  
de soins de longue durée

**District du Centre-Ouest**  
609, rue Kumpf, bureau 105  
Téléphone : 888 432-7901

L'administratrice a reconnu le non-respect des réunions trimestrielles en raison des difficultés à retenir un gestionnaire des programmes régulier.

Il y avait un risque que les communications avec le conseil des familles soient retardées ou ignorées lorsque les assemblées n'ont pas eu lieu tous les trois mois.

**Sources :** Observation des membres du conseil des résidents et du conseil des familles du foyer, examen des procès-verbaux des réunions de l'assemblée et du conseil des familles, entretien avec l'administratrice.

## **AVIS ÉCRIT : Exigences générales**

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

**Non-respect de la disposition : 34(1)4 du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Exigences générales

34 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au respect des règles suivantes à l'égard de chacun des programmes structurés exigés aux articles 11 à 20 de la Loi et de chacun des programmes interdisciplinaires exigés à l'article 53 du présent règlement :

4. Le titulaire de permis consigne dans un dossier chaque évaluation visée à la disposition 3, notamment la date de l'évaluation, le nom des personnes qui y ont participé, un résumé des modifications apportées et la date à laquelle ces modifications ont été mises en œuvre.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à consigner dans un dossier relatif à l'évaluation du programme de gestion de la douleur aux termes de la disposition 3, notamment la date de l'évaluation ainsi qu'un résumé des modifications apportées et la date à laquelle ces

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives  
aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers Waterloo(Ontario) N2V 1K8  
de soins de longue durée

**District du Centre-Ouest**  
609, rue Kumpf, bureau 105  
Téléphone : 888 432-7901

modifications ont été mises en œuvre.

**Justification et résumé**

Pendant l'examen documentaire de l'évaluation du programme de gestion de la douleur du foyer, l'inspecteur des FSLD a relevé que l'évaluation du programme de gestion de la douleur du foyer ne comportait pas la date à laquelle l'évaluation avait été effectuée ainsi que le résumé des modifications apportées et la date à laquelle ces modifications ont été mises en œuvre.

Le défaut de consigner le résumé des modifications apportées pendant l'évaluation de la gestion de la douleur peut avoir rendu difficile la surveillance de l'évolution et des modifications apportées au programme.

**Sources :** Évaluation du programme de gestion de la douleur et entretien avec la DSI.

## **AVIS ÉCRIT : Services infirmiers et services de soutien personnel**

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

**Non-respect de la disposition : 35 (4) du Règl. de l'Ont. 246/22**

par. 35 (4) Le titulaire de permis consigne dans un dossier chaque évaluation visée à l'alinéa (3) e), notamment la date de l'évaluation, le nom des personnes qui y ont participé, un résumé des modifications apportées et la date à laquelle ces modifications ont été mises en œuvre.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à consigner dans un dossier l'évaluation annuelle de son

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives  
aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers Waterloo(Ontario) N2V 1K8  
de soins de longue durée

**District du Centre-Ouest**  
609, rue Kumpf, bureau 105  
Téléphone : 888 432-7901

plan de dotation en personnel visé à l'alinéa (3) e), notamment la date de l'évaluation, ainsi qu'un résumé des modifications apportées et la date à laquelle ces modifications ont été mises en œuvre.

**Justification et résumé**

Pendant l'examen documentaire, l'inspecteur des FSLD a relevé que l'évaluation du plan de dotation en personnel ne comportait pas la date de l'évaluation, ainsi qu'un résumé des modifications apportées et la date à laquelle ces modifications ont été mises en œuvre.

**Sources :** Dossier d'évaluation du plan de dotation en personnel et entretien avec la DG.

**AVIS ÉCRIT : Bain**

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

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

Bain

Par. 37(1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque résident du foyer prenne un bain au moins deux fois par semaine en utilisant la méthode de son choix ou plus souvent compte tenu de ses besoins en matière d'hygiène, sauf si la chose est contre-indiquée en raison d'un état pathologique.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente prenne son bain, au moins deux fois par semaine, selon la méthode de son choix.

**Justification et résumé**

Un examen du dossier de bain de la personne résidente indiquait qu'elle n'avait pas reçu de bain régulier au moins deux fois par semaine, qu'elle n'avait pas reçu de douche ou de bain

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives  
aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers Waterloo(Ontario) N2V 1K8  
de soins de longue durée

**District du Centre-Ouest**  
609, rue Kumpf, bureau 105  
Téléphone : 888 432-7901

lors des jours prévus régulièrement et qu'on ne lui avait pas offert de douche ou de bain une journée différente.

L'administratrice a affirmé que le bain était inscrit comme étant « au besoin », plutôt que deux fois par semaine, dans les tâches des IAA; il manquait donc des bains.

Le défaut d'offrir des bains au moins deux fois par semaine à la personne résidente a mis la personne résidente à risque que ses besoins en matière d'hygiène ne soient pas respectés.

**Sources :** Observation et examen du dossier clinique de la personne résidente, entretien avec une PSSP, un IA et d'autres membres du personnel.

**AVIS ÉCRIT : Soins des ongles**

Problème de conformité n° 007 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154(1)1 de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect de la disposition : 39 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Soins des pieds et des ongles

par. 39 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque résident du foyer reçoive des soins pour les ongles des mains, notamment la coupe des ongles.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente reçoive des soins des ongles.

**Justification et résumé**

L'inspecteur des FLSD a relevé des problèmes avec les ongles de la personne résidente.

Les ongles d'une personne résidente n'étaient pas taillés conformément à son programme

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives  
aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers Waterloo(Ontario) N2V 1K8  
de soins de longue durée

**District du Centre-Ouest**  
609, rue Kumpf, bureau 105  
Téléphone : 888 432-7901

de soins.

Une infirmière autorisée (IA) a observé les ongles de la personne résidente et a convenu qu'ils devaient être taillés.

Le défaut d'offrir les soins des ongles à la personne résidente l'a mise à risque que ses besoins en matière d'hygiène ne soient pas respectés.

**Sources :** Observation et examen du dossier clinique de la personne résidente, entretien avec une PSSP, un IA et d'autres membres du personnel.

## **AVIS ÉCRIT : Planification des menus**

Problème de conformité n° 008 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

**Non-respect de la disposition : 77 (3) du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Planification des menus

par. 77 (3) Le titulaire de permis veille à consigner dans un dossier chaque évaluation visée à l'alinéa (2) b), notamment la date de l'évaluation, le nom des personnes qui y ont participé, un résumé des modifications apportées et la date de mise en œuvre de ces modifications. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 390(1).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à consigner dans un dossier l'évaluation du cycle de menu, notamment le nom des personnes qui y ont participé.

**Justification et résumé**

Le diététiste professionnel (Dt. P.) et le gestionnaire des services alimentaires (GSA) ont évalué le cycle de menu du foyer pour la saison printemps-été 2024 avant qu'il entre en vigueur.

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives  
aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers Waterloo(Ontario) N2V 1K8  
de soins de longue durée

**District du Centre-Ouest**  
609, rue Kumpf, bureau 105  
Téléphone : 888 432-7901

Le dossier d'évaluation et d'approbation de menu du foyer pour le cycle de menu printemps-été 2024 était signé par le Dt. P., mais le nom et la signature du GSA n'étaient pas consignés.

**Sources :** Dossier d'évaluation et d'approbation du menu de printemps 2024; entretiens avec le Dt. P. et le GSA.

## **AVIS ÉCRIT : Service de restauration et de collation**

Problème de conformité n° 009 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD (2021)*.

**Non-respect de la disposition : 79(1)5 du Règl. de l'Ont. 246/22.**

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.

Le titulaire de permis a omis de respecter son processus afin de s'assurer que le service de la nourriture a lieu à une température qui est sûre et appétissante pour les personnes résidentes.

**Justification et résumé**

Selon la politique sur la température des aliments au point de service, « Le personnel chargé des repas doit servir de la nourriture et des boissons à chaque personne résidente à une température et d'une manière qui favorisent le confort et la sécurité » [traduction].

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives  
aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers Waterloo(Ontario) N2V 1K8  
de soins de longue durée

**District du Centre-Ouest**  
609, rue Kumpf, bureau 105  
Téléphone : 888 432-7901

L'inspecteur des FSLD a examiné le journal de température des éléments servis à l'heure du dîner. Il manquait de la documentation sur la température du dessert.

Une aide aux repas a affirmé ne pas avoir mesuré la température et l'avoir servi à la température ambiante.

Le gestionnaire des services alimentaires (GSA) a affirmé que l'aide aux repas devait vérifier et consigner la température de l'élément au moment de le servir aux personnes résidentes pour s'assurer qu'il est sécuritaire et appétissant. De plus, il a dit que les desserts en conserve devaient être servis froids et non à la température ambiante.

L'omission de vérifier et de consigner la température des éléments alimentaires signifie que le personnel ne savait pas si la température était sécuritaire ou appétissante pour les personnes résidentes.

**Sources :** Examen documentaire du journal de température et du manuel des services alimentaires; et entretien avec une aide aux repas et le gestionnaire des services alimentaires.

## **AVIS ÉCRIT : Entretien ménager**

Problème de conformité n° 010 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154(1)1 de la LRSLD (2021).

**Non-respect de la disposition : Règl. de l'Ont. 246/22, par. 93 (2) (b) (i)**

Entretien ménager

Par. 93 (2) Dans le cadre du programme structuré de services d'entretien ménager prévu au paragraphe 19(1)a) de la Loi, le titulaire de permis veille à ce que soient élaborées et mises

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives  
aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers Waterloo(Ontario) N2V 1K8  
de soins de longue durée

**District du Centre-Ouest**  
609, rue Kumpf, bureau 105  
Téléphone : 888 432-7901

en œuvre des marches à suivre visant ce qui suit :

b) le nettoyage et la désinfection des articles suivants conformément aux instructions du fabricant et au moyen, au minimum, d'un désinfectant de faible concentration conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises :

(i) l'équipement destiné aux soins des résidents, notamment les bains hydromasseurs, les baignoires, les chaises de douche et les fauteuils releveurs.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les procédures de nettoyage et de désinfection d'un équipement destiné aux soins des personnes résidentes soient mises en œuvre entre les utilisations pour différentes personnes résidentes.

**Justification et résumé**

Selon la politique sur le nettoyage et la désinfection de l'équipement, l'équipement destiné aux soins qui est partagé entre des personnes résidentes (p. ex., chaises de bain, chaises de douche, chaise percée, fauteuil releveur, etc.) doit être nettoyé et désinfecté après chaque usage par le personnel autorisé et chargé des soins directs.

Deux membres du personnel ont utilisé un équipement destiné aux soins des personnes résidentes pour une personne résidente. Par la suite, les membres du personnel ont continué d'utiliser l'équipement pour une autre personne résidente de l'autre côté du couloir. L'équipement n'avait pas été nettoyé ni désinfecté par les membres du personnel entre les deux usages.

**Sources :** Observation de transferts de levage; politique sur le nettoyage et la désinfection de l'équipement; et entretien avec une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP), la responsable de la prévention et du contrôle des infections (PCI) et la directrice des soins infirmiers (DSI).

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives  
aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers Waterloo(Ontario) N2V 1K8  
de soins de longue durée

**District du Centre-Ouest**  
609, rue Kumpf, bureau 105  
Téléphone : 888 432-7901

## **AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections**

Problème de conformité n° 011 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154(1)1 de la *LRSLD (2021)*

**Non-respect de la disposition : 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Programme de prévention et de contrôle des infections

par. 102 (2) Le titulaire de permis met en œuvre ce qui suit :

b) les normes ou protocoles que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 102(2).

Le titulaire de permis ne s'est pas assuré que le personnel respecte la norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) établie par le directeur.

Plus précisément, l'exigence supplémentaire 9.1 de la norme de PCI indique que le titulaire de permis doit s'assurer du respect de l'hygiène des mains, notamment lors des quatre moments de l'hygiène des mains (avant de toucher à la personne résidente ou à son environnement; avant une intervention aseptique; après un risque de contact avec du liquide organique, et après un contact avec la personne résidente ou son environnement).

### **Justification et résumé**

Selon la politique du foyer sur les services de repas et l'expérience de restauration, « Le personnel doit s'assurer de laver ou désinfecter ses mains avant de commencer les services de repas, avant de nourrir une personne résidente, et après avoir manipulé de la vaisselle souillée » [traduction].

La personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) aidait les personnes résidentes dans la salle à manger au moment du dîner. La PSSP n'a pas appliqué les

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives  
aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers Waterloo(Ontario) N2V 1K8  
de soins de longue durée

**District du Centre-Ouest**  
609, rue Kumpf, bureau 105  
Téléphone : 888 432-7901

mesures d'hygiène des mains après avoir retiré la vaisselle souillée et avant de servir le dessert aux personnes résidentes.

La responsable de la PCI a affirmé que la PSSP aurait dû appliquer les mesures d'hygiène des mains après avoir retiré la vaisselle sale et avant de servir le dessert aux personnes résidentes.

**Sources :** Observation du service de repas; entretiens avec la PSSP et la responsable de la PCI et politique du foyer sur le service de repas et l'expérience de restauration.

## **AVIS ÉCRIT : Destruction et élimination des médicaments**

Problème de conformité n° 012 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

**Non-respect de la disposition : 148(2)1 du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Destruction et élimination des médicaments

par. 148 (2) La politique de destruction et d'élimination des médicaments doit également prévoir ce qui suit :

1. L'entreposage sûr et sécuritaire au foyer des médicaments devant être détruits et éliminés, dans un endroit distinct de celui où sont entreposés ceux destinés à être administrés aux résidents, jusqu'à leur destruction et élimination.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les médicaments devant être détruits soient entreposés de façon sûre et sécuritaire dans le foyer, jusqu'à leur destruction et élimination.

**Justification et résumé**

Conformément à la politique sur la destruction et l'élimination des médicaments – médicaments non narcotiques ou désignés (révisée le 30 juin 2023), le personnel devait

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives  
aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers Waterloo(Ontario) N2V 1K8  
de soins de longue durée

**District du Centre-Ouest**  
609, rue Kumpf, bureau 105  
Téléphone : 888 432-7901

entreposer les médicaments à éliminer dans un endroit auquel seules les infirmières ont accès.

L'inspecteur des FLSD a relevé que les substances non désignées étaient placées dans un récipient d'élimination fourni par la pharmacie. Le récipient était conservé dans un poste de soins infirmiers non verrouillé auquel les personnes résidentes et les visiteurs avaient accès.

Le défaut d'entreposer les médicaments à détruire de manière sûre et sécuritaire a augmenté le risque que les personnes résidentes et les visiteurs y aient accès.

**Sources :** Observation des aires d'élimination et de destruction des médicaments, entretien avec une IA et la DSI, politique de destruction et d'élimination des médicaments – médicaments non narcotiques ou désignés [Medication Destruction and Disposal – non-Narcotic/Controlled medication Policy] (révisée le 30 juin 2023).

## **AVIS ÉCRIT : Destruction et élimination des médicaments**

Problème de conformité n° 013 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

**Non-respect de la disposition : 148(2)2 du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Destruction et élimination des médicaments

par. 148 (2) La politique de destruction et d'élimination des médicaments doit également prévoir ce qui suit :

2. L'entreposage des substances désignées devant être détruites et éliminées dans un lieu d'entreposage verrouillé à double tour au foyer distinct de celui où sont entreposées celles destinées à être administrées aux résidents, jusqu'à leur destruction et élimination.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les substances désignées devant être détruites et éliminées soient entreposées dans un lieu d'entreposage verrouillé à double tour au

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives  
aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers Waterloo(Ontario) N2V 1K8  
de soins de longue durée

**District du Centre-Ouest**  
609, rue Kumpf, bureau 105  
Téléphone : 888 432-7901

foyer distinct de celui où sont entreposées celles destinées à être administrées aux résidents, jusqu'à leur destruction et élimination.

**Justification et résumé**

Conformément à la politique du foyer sur les médicaments narcotiques et désignés, les narcotiques devaient être placés dans un récipient avec une ouverture à sens unique avant la destruction.

L'inspecteur des FLSD a relevé que les substances désignées éliminées devaient être placées dans un récipient à l'intérieur d'une armoire verrouillée; toutefois, l'ouverture du récipient n'était pas dotée d'une ouverture à sens unique, ce qui permettait que les médicaments soient facilement retirés du récipient à la main.

Le défaut d'éliminer les substances désignées dans un récipient avec une ouverture à sens unique a augmenté le risque que des personnes non autorisées aient accès aux substances désignées éliminées.

**Sources :** Observation des zones d'élimination et de destruction des médicaments, entretien avec une IA et la DSI.

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

Problème de conformité n° 014 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

**Non-respect de la disposition : 168(2)1 du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Rapport sur l'amélioration constante de la qualité  
par. 168 (2) Le rapport exigé au paragraphe (1) doit comprendre les renseignements suivants :

1. Le nom et le poste du responsable désigné pour l'initiative d'amélioration constante de la

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives  
aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers Waterloo(Ontario) N2V 1K8  
de soins de longue durée

**District du Centre-Ouest**  
609, rue Kumpf, bureau 105  
Téléphone : 888 432-7901

qualité.

Le titulaire de permis a omis d'inclure le nom et le poste du responsable désigné pour l'initiative d'amélioration constante de la qualité dans le rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité

**Justification et résumé**

La directrice des soins infirmiers (DSI) a admis qu'il manquait le nom et le poste du responsable de l'ACQ dans le rapport sur l'amélioration constante de la qualité (ACQ).

**Sources :** Rapport sur l'ACQ 2024 et entretien avec la DSI.

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

Problème de conformité n° 015 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

**Non-respect de la disposition : 168 (2) 5. iii. du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Rapport sur l'amélioration constante de la qualité  
par. 168 (2) Le rapport exigé au paragraphe (1) doit comprendre les renseignements suivants :

- 5. Un relevé écrit de ce qui suit :
- iii. la manière et les dates auxquelles les résultats du sondage effectué pendant l'exercice en vertu de l'article 43 de la Loi ont été communiqués aux résidents et à leur famille, au conseil des résidents, au conseil des familles, s'il y en a un, et aux membres du personnel du foyer.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à inclure dans le rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité pour l'année 2024 les dates auxquelles les résultats du sondage sur l'expérience des résidents et l'expérience des familles ont été communiqués aux résidents

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives  
aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers Waterloo(Ontario) N2V 1K8  
de soins de longue durée

**District du Centre-Ouest**  
609, rue Kumpf, bureau 105  
Téléphone : 888 432-7901

et à leur famille, au conseil des résidents, au conseil des familles, s'il y en a un, et aux membres du personnel du foyer.

**Justification et résumé**

Le rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité (ACQ) pour l'année 2024 ne comprenait pas les dates auxquelles les résultats ont été communiqués aux résidents et à leur famille, au conseil des résidents, au conseil des familles, s'il y en a un, et aux membres du personnel du foyer.

**Sources :** Rapport de l'ACQ et entretien avec la DSI.

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

Problème de conformité n° 016 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

**Non-respect de la disposition : 168 (3) du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Rapport sur l'amélioration constante de la qualité  
par. 168 (3) Le titulaire de permis veille à ce qu'une copie du rapport soit remise au conseil des résidents et au conseil des familles, s'il y en a un.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une copie du rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité (ACQ) soit fournie au conseil des résidents et au conseil des familles.

**Justification et résumé**

La directrice générale (DG) a affirmé qu'aucune copie du rapport sur l'ACQ n'avait été fournie au conseil des résidents ni aux familles pendant l'assemblée générale ou par courriel.

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives  
aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers Waterloo(Ontario) N2V 1K8  
de soins de longue durée

**District du Centre-Ouest**  
609, rue Kumpf, bureau 105  
Téléphone : 888 432-7901

**Sources** : Courriel de la DG et entretien avec la DG.

## **ORDRE DE CONFORMITÉ n° 001 Fenêtres**

Problème de conformité n° 017 – ordre de conformité aux termes de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021).

**Non-respect de la disposition : 19 du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Fenêtres

par. 19. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque fenêtre du foyer qui ouvre sur l'extérieur et à laquelle ont accès les résidents soit dotée d'une moustiquaire et à ce qu'elle ne puisse pas être ouverte de plus de 15 centimètres.

**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, entre autres :

Préparer, soumettre et mettre en œuvre un plan pour atteindre la conformité à l'exigence de l'article 19 du Règl. De l'Ont. 246/22 sur la sécurité des fenêtres pour la personne résidente n° 009.

Le plan doit comprendre notamment :

1. Les étapes qui seront suivies à titre de mesures permanentes pour veiller à ce que la fenêtre de la personne résidente ne s'ouvre pas de plus de 15 centimètres.
2. Déterminer le moment auquel le personnel des soins infirmiers surveillera la fenêtre et la manière de le faire, y compris la manière de consigner cela. Également, la façon dont le personnel de l'entretien sera avisé qu'il y a un problème ainsi que le moment où le personnel de l'entretien documentera son suivi et la manière de le faire.

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives  
aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers Waterloo(Ontario) N2V 1K8  
de soins de longue durée

**District du Centre-Ouest**  
609, rue Kumpf, bureau 105  
Téléphone : 888 432-7901

- Déterminer les responsabilités au sein de l'équipe interdisciplinaire, y compris le gestionnaire des services environnementaux, pour s'assurer que la fenêtre soit sécuritaire et qu'elle ne peut pas être ouverte de plus de 15 centimètres.  
Veuillez soumettre par écrit le plan pour atteindre la conformité à l'inspection n°2024-1029-0001 à Gurvarinder Brar (000687), inspecteur des foyers de soins de longue durée, ministère des Soins de longue durée, par courriel à [centralwestdistrict.mltdc@ontario.ca](mailto:centralwestdistrict.mltdc@ontario.ca) d'ici le 5 septembre 2024.  
Veuillez vous assurer que le plan écrit soumis ne contient pas de renseignements personnels (RP)/renseignements personnels sur la santé (RPS).

**Motifs**

Le titulaire n'a pas veillé à ce que chaque fenêtre du foyer qui donne sur l'extérieur et est accessible aux personnes résidentes ne puisse pas être ouverte de plus de 15 centimètres (cm).

**Justification et résumé**

L'inspecteur des FLSD a relevé que la fenêtre coulissante verticale de la personne résidente s'ouvrait entièrement et de plus de quinze centimètres (cm). L'inspecteur des FSLD a signalé ce fait à la directrice des soins infirmiers, qui a affirmé qu'elle ferait arranger la fenêtre pour qu'elle ne s'ouvre pas de plus de 15 cm.

L'inspecteur en FLSD a observé que la fenêtre était encore ouverte de plus de 15 cm.

L'administratrice a affirmé que le personnel de l'entretien avait arrangé la fenêtre, mais que les vis avaient été retirées de nouveau.

Le programme de soins de la personne résidente comportait une intervention précise en place relative à la sécurité des fenêtres, mais il n'était pas clair si le personnel mettait l'intervention en œuvre ou non.

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives  
aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers Waterloo(Ontario) N2V 1K8  
de soins de longue durée

**District du Centre-Ouest**  
609, rue Kumpf, bureau 105  
Téléphone : 888 432-7901

Des mesures supplémentaires ont été mises en œuvre. L'administratrice a déclaré que ces interventions étaient en place à titre de mesures temporaires et qu'elle se tournait vers un consultant clinique pour obtenir une solution permanente.

Le défaut de veiller à ce que les fenêtres ne s'ouvrent pas de plus de 15 cm a mis à risque la sécurité de la personne résidente.

**Sources :**

Examen du dossier clinique de la personne résidente, observations de la fenêtre de la chambre de la personne résidente, entretien avec un PSSP, le personnel de la buanderie, une IA, la directrice des soins infirmiers et l'administratrice.

**Le titulaire du permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 26 septembre 2024**

**INFORMATIONS POUR UNE RÉVISION/UN 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 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.

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives  
aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers Waterloo(Ontario) N2V 1K8  
de soins de longue durée

**District du Centre-Ouest**  
609, rue Kumpf, bureau 105  
Téléphone : 888 432-7901

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<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario) M7A 1N3  
courriel : [MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca](mailto: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

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives  
aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers Waterloo(Ontario) N2V 1K8  
de soins de longue durée

**District du Centre-Ouest**  
609, rue Kumpf, bureau 105  
Téléphone : 888 432-7901

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.

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 (par. 155) ou l'APA (par. 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 suivants 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<sup>e</sup> 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

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives  
aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers Waterloo(Ontario) N2V 1K8  
de soins de longue durée

**District du Centre-Ouest**  
609, rue Kumpf, bureau 105  
Téléphone : 888 432-7901

438, avenue University, 8<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario) M7A 1N3  
courriel : [MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca](mailto: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](http://www.hsarb.on.ca).