

## Rapport public

**Date d'émission du rapport :** 23 janvier 2025**Numéro d'inspection :** 2025-1252-0001**Type d'inspection :**

Inspection proactive de la conformité

**Titulaire de permis :** Omni Health Care Limited Partnership, par son partenaire général, 0760444 B.C. Ltd.**Foyer de soins de longue durée et ville :** Pleasant Meadow Manor, Norwood

## RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 6 au 10 et du 13 au 17 janvier 2025.

L'inspection concernait :

Dossier n° 00134328 – Inspection proactive de la conformité

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

- Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
- Prévention et gestion de la peau et des plaies
- Alimentation, nutrition et hydratation
- Gestion des médicaments
- Conseils des résidents et des familles
- Prévention et contrôle des infections
- Foyer sûr et sécuritaire
- Prévention des mauvais traitements et de la négligence
- Personnel, formation et normes de soins
- Amélioration de la qualité
- Droits et choix des personnes résidentes
- Gestion de la douleur

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### Problème de conformité corrigé

Un **problème de conformité** a été constaté lors de cette inspection et a été **corrigé**

**Ministère des Soins de longue durée**Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée**District du Centre-Est**33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

par le titulaire de permis avant la conclusion de l'inspection. L'inspecteur ou l'inspectrice a estimé que le non-respect répondait à l'intention du paragraphe 154 (2) et ne nécessitait aucune autre mesure.

Non-respect n° 001 rectifié conformément aux termes du paragraphe 154 (2) de la LRSLD (2021)

**Non-respect de : l'alinéa 55 (1) 3) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Soins de la peau et des plaies

Paragraphe 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.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une stratégie précise soit établie pour une personne résidente qui présentait une altération de l'intégrité épidermique, afin de réduire et d'éliminer la pression, comme le prévoit le programme de soins de la peau et des plaies du titulaire de permis. Conformément à l'alinéa 11 (1) (b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis doit s'assurer que des protocoles écrits pour le transfert et le changement de position des personnes résidentes afin de réduire et d'éliminer la pression sont mis en place et respectés. Plus précisément, la politique du titulaire de permis indique que l'équipe interdisciplinaire doit établir une stratégie précise pour les personnes résidentes qui présentent une altération particulière de l'intégrité épidermique.

L'examen du programme de soins de la personne résidente a montré qu'aucune stratégie précise n'avait pas été établie. Un infirmier autorisé ou une infirmière autorisée (IA) a indiqué qu'une stratégie précise aurait dû être mise en œuvre pour le programme de soins de la personne résidente et a ensuite modifié le programme de soins pour en tenir compte. Le fait de ne pas avoir établi de stratégie précise a eu peu ou pas de conséquences pour la personne résidente.

**Sources :** politique du titulaire de permis, programme de soins de la personne résidente, entretiens avec un ou une IA.

Date de la rectification apportée : 14 janvier 2025

## AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité n° 002 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

### **Non-respect de : l'alinéa 6 (1) (b) de la LRSLD (2021)**

Programme de soins

Paragraphe 6 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soit adopté, pour chaque résident, un programme de soins écrit qui établit ce qui suit :

b) les objectifs que visent les soins;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins écrit d'une personne résidente indique les objectifs réalisables pour un problème de santé.

Le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) a confirmé que le programme de soins écrit de la personne résidente pour un problème de santé n'était pas personnalisé afin de répondre à ses objectifs précis.

**Sources :** politique du foyer en matière de planification des soins, programme de soins de la personne résidente, entretien avec le ou la DSI.

## AVIS ÉCRIT : Pouvoirs du conseil des résidents

Problème de conformité n° 003 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

### **Non-respect du : paragraphe 63 (3) de la LRSLD (2021)**

Pouvoirs du conseil des résidents

Paragraphe 63 (3) Si le conseil des résidents l'a informé de sujets de préoccupation ou de recommandations en vertu de l'une ou l'autre des dispositions 6 ou 8 du paragraphe (1), le titulaire de permis lui répond par écrit au plus tard 10 jours après avoir été informé de ces sujets de préoccupation ou recommandations.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à répondre pleinement au conseil des résidents par écrit dans les 10 jours après la date à laquelle le conseil des résidents l'a informé de ses préoccupations ou de ses recommandations concernant l'exploitation du foyer.

Plus précisément, le conseil des résidents a fait part de ses préoccupations et de ses recommandations en matière d'exploitation lors de ses réunions mensuelles, comme en témoignent les procès-verbaux des réunions. Certaines lettres de réponse adressées au conseil des résidents dans un délai de dix jours ne contenaient aucune réponse écrite complète à la préoccupation ou à la recommandation soulevée en matière d'exploitation. La réponse complète du titulaire de permis a ensuite été fournie au conseil des résidents lors de leur réunion suivante.

**Sources :** procès-verbaux des réunions du conseil des résidents, entretiens avec l'administrateur ou l'administratrice.

## **AVIS ÉCRIT : Conseil des familles**

Problème de conformité n° 004 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

### **Non-respect de : l'alinéa 65 (7) b) de la LRSLD (2021)**

Conseil des familles

Paragraphe 65 (7) En l'absence d'un conseil des familles, le titulaire de permis fait ce qui suit :

b) il convoque des réunions semestrielles pour informer ces personnes de leur droit de constituer un conseil des familles.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des réunions semestrielles soient organisées pour informer les familles des personnes résidentes et les personnes qui ont de l'importance pour les personnes résidentes du droit d'établir un conseil des familles dans le foyer lorsque le précédent conseil des familles sera dissous à la fin de l'année 2023. Le coordonnateur ou la coordonnatrice de l'amélioration de la qualité de vie a indiqué que des conseils étaient régulièrement fournis aux familles des personnes résidentes et aux personnes ayant une importance pour elles, mais qu'aucune réunion semestrielle n'était convoquée pour les conseiller sur ces droits afin de créer un conseil des familles.

**Sources :** entretien avec le coordonnateur ou la coordonnatrice de l'amélioration de la qualité de vie, bulletin d'information mensuel.

## **AVIS ÉCRIT : Gestion de la douleur**

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

LRSLD (2021)

**Non-respect de : l'alinéa 29 (3) 10) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Programme de soins

Paragraphe 29 (3) Le programme de soins doit être fondé au minimum sur l'évaluation interdisciplinaire de ce qui suit au sujet du résident :

10. Son état de santé, notamment les allergies qu'il a, les douleurs qu'il ressent, les risques de chute qu'il court et ses autres besoins particuliers.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins soit fondé, au minimum, sur une évaluation interdisciplinaire des éléments suivants au sujet de la douleur ressentie par une personne résidente.

L'examen du dossier de soins de la personne résidente a permis de démontrer qu'elle n'avait aucun programme de soins visant à gérer sa douleur. Le ou la DSI a confirmé que le programme de soins de la personne résidente n'avait pas été mis à jour pour inclure une évaluation interdisciplinaire de la gestion de la douleur de la personne résidente.

**Sources :** la politique du foyer relative au programme de gestion de la douleur, la politique du foyer relative à la planification des soins, les dossiers cliniques de la personne résidente, l'entretien avec le ou la DSI.

**AVIS ÉCRIT : Exigences générales**

Problème de conformité n° 006 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

**Non-respect du : paragraphe 34 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Exigences générales

Paragraphe 34 (2) Le titulaire de permis veille à ce que les mesures prises à l'égard d'un résident dans le cadre d'un programme, notamment les évaluations, les réévaluations, les interventions et les réactions du résident aux interventions, soient documentées.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une évaluation soit documentée pour une personne résidente dans le cadre du programme du titulaire de permis. Le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) a indiqué que les personnes résidentes devaient faire l'objet d'une évaluation particulière dans un délai imparti et que cette évaluation devait être documentée. Le dossier clinique de la personne indique qu'aucune évaluation particulière n'a été documentée dans le délai imparti. Le ou la DSI a indiqué qu'il était présent ou qu'elle était présente pendant la période

donnée avec l'infirmier ou l'infirmière et que la personne résidente avait fait l'objet d'une évaluation, mais que celle-ci n'était pas documentée. Le fait de ne pas documenter l'évaluation nuit à l'identification et au traitement en temps opportun des problèmes de santé.

**Sources :** le dossier clinique de la personne résidente et l'entretien avec le ou la DSI.

## **AVIS ÉCRIT : Gestion de la douleur**

Problème de conformité n° 007 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

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

Gestion de la douleur

Paragraphe 57 (1) Le programme de gestion de la douleur doit au minimum prévoir ce qui suit :

1. Des méthodes de communication et d'évaluation visant les résidents qui ne peuvent exprimer leur douleur ou qui ont une déficience cognitive.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des méthodes de communication et d'évaluation soient mises en place pour les personnes résidentes qui ne peuvent exprimer leur douleur ou qui ont une déficience cognitive. Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis doit s'assurer qu'un programme de gestion de la douleur a été mis en œuvre et qu'il est respecté.

Plus précisément, le foyer n'a pas respecté la politique du titulaire de permis qui indiquait que les personnes résidentes ayant une déficience cognitive mineure devaient être évaluées à l'aide d'une évaluation particulière et que les personnes résidentes ayant une déficience cognitive majeure devaient être évaluées à l'aide d'une évaluation particulière différente.

Deux personnes résidentes présentaient des troubles cognitifs. L'examen des dossiers a permis de démontrer que le personnel avait utilisé la mauvaise évaluation pour les deux personnes résidentes pendant plusieurs jours. Le ou la DSI a confirmé que l'évaluation requise pour évaluer les deux personnes résidentes était une autre évaluation.

**Sources :** la politique du foyer en matière d'évaluation de la douleur, l'examen des dossiers cliniques de deux personnes résidentes, l'évaluation de la douleur et l'entretien avec le ou la DSI.

## AVIS ÉCRIT : Gestion de la douleur

Problème de conformité n° 008 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

### **Non-respect du : paragraphe 57 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Gestion de la douleur

Paragraphe 57 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les résidents, lorsque leur douleur n'est pas soulagée au moyen des interventions initiales, soient évalués au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément à cette fin.

Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente, lorsque sa douleur n'est pas soulagée au moyen des interventions initiales, soit évaluée au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément à cette fin.

Le dossier d'administration de la personne résidente indique qu'elle a reçu des soins thérapeutiques contre la douleur. À plusieurs reprises, la douleur de la personne résidente a été évaluée par un chiffre lors de la prise de médicaments du matin, et ce chiffre est resté inchangé. Aucune évaluation n'a été réalisée à l'aide d'un outil approprié sur le plan clinique pendant ces dates. Le ou la DSI a confirmé que l'outil approprié sur le plan clinique pour évaluer la douleur de la personne résidente était un autre outil d'évaluation de la douleur.

**Sources :** la politique d'évaluation de la douleur et le programme de gestion de la douleur du foyer, les dossiers cliniques de la personne résidente, les entretiens avec le ou la DSI.

## AVIS ÉCRIT : Planification des menus

Problème de conformité n° 009 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

### **Non-respect du : paragraphe 77 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Planification des menus

Paragraphe 77 (2) Le titulaire de permis veille à ce que chaque cycle de menus, avant sa mise à disposition :

b) soit évalué au moins par le gestionnaire de la nutrition et le diététiste agréé qui font partie du personnel du foyer;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le cycle de menus de l'automne et de l'hiver soit évalué par le ou la gestionnaire de la nutrition et le diététiste professionnel ou la diététiste professionnelle qui font partie du personnel du foyer avant sa mise à disposition.

Un conseiller ou une conseillère en diététique sous contrat a envoyé une lettre indiquant que le menu d'automne et de l'hiver avait été examiné en détail au nom de l'exploitant du titulaire de permis. La lettre indique également que le menu a été distribué à chaque diététiste de chaque foyer pour approbation au niveau du foyer. La lettre exigeait au foyer de joindre une copie de la lettre à l'évaluation des menus et à l'outil d'approbation qui devait être signé par le ou la gestionnaire de la nutrition et le diététiste professionnel ou la diététiste professionnelle sur place.

Le ou la gestionnaire des soins nutritionnels et le ou la diététiste du foyer ont confirmé que le cycle de menus de l'automne et de l'hiver entré en vigueur à une date précise et que l'évaluation des menus n'était pas terminée avant cette date.

**Sources :** outil d'évaluation et d'approbation des menus pour les foyers de soins de longue durée, lettre du conseiller ou de la conseillère en diététique sous contrat, examen des menus de l'automne et de l'hiver 2024, entretien avec le ou la gestionnaire des soins nutritionnels, le diététiste professionnel ou la diététiste professionnelle et l'administrateur ou l'administratrice.

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

Problème de conformité n° 010 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

### **Non-respect de : l'alinéa 77 (2) c) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Planification des menus

Paragraphe 77 (2) Le titulaire de permis veille à ce que chaque cycle de menus, avant sa mise à disposition :

(c) soit approuvé sur le plan de sa suffisance nutritionnelle par un diététiste agréé qui fait partie du personnel du foyer et qui tient impérativement compte de ce qui suit :

- (i) le paragraphe (1),
- (ii) les préférences des résidents,
- (iii) les apports nutritionnels de référence (ANREF) en vigueur qui se rapportent à la population résidente. Paragraphe 390 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22



Le titulaire de permis veille à ce que chaque cycle de menus, avant sa mise à disposition : soit approuvé sur le plan de sa suffisance nutritionnelle par un diététiste agréé qui fait partie du personnel du foyer et qui tient impérativement compte de ce qui suit : (i) le paragraphe (1), (ii) les préférences des résidents, (iii) les apports nutritionnels de référence (ANREF) en vigueur qui se rapportent à la population résidente.

Un conseiller ou une conseillère en diététique sous contrat a envoyé une lettre indiquant que le menu d'automne et de l'hiver avait été examiné en détail au nom de l'exploitant du titulaire de permis. La lettre indique également que le menu a été distribué à chaque diététiste sur place dans chaque foyer pour approbation au niveau du foyer.

L'outil d'évaluation et d'approbation des menus du foyer indique que l'évaluation de l'automne et de l'hiver n'a été signée par le ou la diététiste du foyer qu'à une date ultérieure, c'est-à-dire après la mise à disposition du menu d'automne et d'hiver.

**Sources :** outil d'évaluation et d'approbation des menus pour les foyers de soins de longue durée, lettre du conseiller ou de la conseillère en diététique sous contrat, examen des menus de l'automne et de l'hiver 2024, entretien avec le ou la gestionnaire des soins nutritionnels et l'administrateur ou l'administratrice.

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

Problème de conformité n° 011 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

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

Programme de prévention et de contrôle des infections

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

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le ou la responsable de la prévention et du contrôle des infections (PCI) planifie, mette en œuvre la formation sur la PCI, en assure un suivi de l'achèvement et veille à ce que des vérifications soient effectuées régulièrement, au moins une fois par trimestre, pour s'assurer que tous les membres du personnel sont en mesure de mettre en pratique les compétences exigées en

matière de PCI dans le cadre de leurs fonctions, comme le nettoyage et la désinfection.

Le ou la responsable de la PCI n'a pas veillé à ce que des vérifications soient effectuées régulièrement, au moins une fois par trimestre, pour s'assurer que tous les membres du personnel sont en mesure de mettre en pratique les compétences exigées en matière de PCI dans le cadre de leurs fonctions comme le requiert l'exigence supplémentaire 7.3 b) de la « Norme de prévention et de contrôle des infections pour les foyers de soins de longue durée » révisée en septembre 2023 (Norme de PCI). Plus précisément, les noms des employés et les pratiques observées en matière de nettoyage et de désinfection n'ont pas été identifiés dans les vérifications du nettoyage de l'environnement.

**Sources :** vérifications ciblées, entretiens avec le ou la responsable de la PCI et l'administrateur ou l'administratrice.

## **AVIS ÉCRIT : Évaluation annuelle**

Problème de conformité n° 012 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

### **Non-respect du : paragraphe 125 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Évaluation annuelle

Paragraphe 125 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les membres d'une équipe interdisciplinaire, laquelle doit notamment comprendre le directeur médical, l'administrateur du foyer, le directeur des soins infirmiers et des soins personnels, le fournisseur de services pharmaceutiques et un diététiste agréé faisant partie du personnel du foyer, se rencontrent chaque année pour évaluer l'efficacité du système de gestion des médicaments au foyer et recommander les modifications à y apporter pour l'améliorer.

Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée n'a pas veillé à ce que le directeur médical ou la directrice médicale, le fournisseur de services pharmaceutiques et un diététiste professionnel ou la diététiste professionnelle faisant partie du personnel du foyer, se rencontrent chaque année pour évaluer l'efficacité du système de gestion des médicaments au foyer et recommander les modifications à y apporter pour l'améliorer.

L'examen du document d'évaluation annuelle des médicaments du foyer,  
Évaluation du programme de gestion des médicaments et de la pharmacie

(Pharmacy and medication management program evaluation), a révélé que le directeur médical ou la directrice médicale, le fournisseur de services pharmaceutiques et le ou la diététiste n'étaient pas présents lors de l'évaluation annuelle des médicaments du foyer. Le ou la DSI a également confirmé que les personnes présentes étaient bien celles qui figuraient sur ce document.

**Sources** : l'évaluation du programme de gestion des médicaments et de la pharmacie, entretien avec le ou la DSI.

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

Problème de conformité n° 013 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

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

Rapport sur l'amélioration constante de la qualité

Paragraphe 168 (2) Le rapport exigé au paragraphe (1) doit comprendre les renseignements suivants :

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

Le titulaire de permis n'a pas inclus le nom et la fonction de la personne responsable désignée pour l'amélioration constante de la qualité dans le rapport sur l'amélioration constante de la qualité du foyer pour l'exercice se terminant le 31 mars 2024. Le rapport final sur l'amélioration constante de la qualité de 2024 ne comportait pas le nom et la fonction de la personne responsable désignée.

**Sources** : rapport final sur l'amélioration constante de la qualité de 2024, entretien avec l'administrateur ou l'administratrice.

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

Problème de conformité n° 014 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

#### **Non-respect de : l'alinéa 168 (2) 3) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Rapport sur l'amélioration constante de la qualité

Paragraphe 168 (2) Le rapport exigé au paragraphe (1) doit comprendre les renseignements suivants :

3. Une description écrite de la procédure utilisée pour définir les domaines prioritaires d'amélioration de la qualité du foyer pour l'exercice financier suivant et

de la manière dont les domaines prioritaires d'amélioration de la qualité du foyer pour l'exercice financier suivant sont basés sur les recommandations du comité d'amélioration constante de la qualité du foyer.

Le titulaire de permis n'a pas inclus une description écrite de la procédure utilisée pour définir les domaines prioritaires d'amélioration de la qualité du foyer pour l'exercice suivant et la manière dont les domaines prioritaires d'amélioration de la qualité du foyer pour l'exercice financier suivant sont basés sur les recommandations du comité d'amélioration constante de la qualité du foyer dans le rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité du foyer pour l'exercice se terminant le 31 mars 2024.

**Sources** : rapport final sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité de 2024, entretien avec l'administrateur ou l'administratrice.

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

Problème de conformité n° 015 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

### **Non-respect de : l'alinéa 168 (2) 4) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Rapport sur l'amélioration constante de la qualité

Paragraphe 168 (2) Le rapport exigé au paragraphe (1) doit comprendre les renseignements suivants :

4. Une description écrite d'un processus permettant de contrôler et de mesurer l'évolution, de déterminer et de mettre en œuvre des ajustements et de communiquer les résultats pour les domaines prioritaires d'amélioration de la qualité du foyer au cours de l'exercice financier suivant.

Le titulaire de permis n'a pas inclus, dans le rapport sur l'amélioration constante de la qualité du foyer pour l'exercice se terminant le 31 mars 2024, une description écrite d'un processus visant à surveiller et à mesurer les progrès, à déterminer et à mettre en œuvre des ajustements et à communiquer les résultats pour les domaines prioritaires d'amélioration de la qualité du foyer au cours de l'exercice suivant.

**Sources** : rapport final sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité de 2024, entretien avec l'administrateur ou l'administratrice.

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

Problème de conformité n° 016 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

### **Non-respect du : sous-alinéa 168 (2) 5) ii) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Rapport sur l'amélioration constante de la qualité

Paragraphe 168 (2) Le rapport exigé au paragraphe (1) doit comprendre les renseignements suivants :

5. Un relevé écrit de ce qui suit :

ii les résultats du sondage effectué pendant l'exercice en vertu de l'article 43 de la Loi,

Le titulaire de permis n'a pas inclus les résultats du sondage sur l'expérience des personnes résidentes, des familles et des fournisseurs de soins effectué pendant l'exercice en vertu de l'article 43 de la Loi dans le rapport sur l'amélioration constante de la qualité du foyer pour l'exercice se terminant le 31 mars 2024. Le sondage a été mené auprès des personnes résidentes, de leur famille et des fournisseurs de soins pour mesurer leur expérience à l'égard du foyer et des soins, des services, des programmes et des biens qui y sont fournis.

**Sources :** rapport final sur l'amélioration constante de la qualité de 2024, entretien avec l'administrateur ou l'administratrice.

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

Problème de conformité n° 017 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

### **Non-respect de : l'alinéa 168 (2) 6) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Rapport sur l'amélioration constante de la qualité

Paragraphe 168 (2) Le rapport exigé au paragraphe (1) doit comprendre les renseignements suivants :

6. Un relevé écrit de ce qui suit :

i. les mesures prises pour améliorer le foyer de soins de longue durée et les soins, services, programmes et biens qui y sont fournis, compte tenu des résultats documentés du sondage effectué pendant l'exercice en vertu de l'alinéa 43 (5) b) de la Loi, les dates auxquelles ces mesures ont été mises en œuvre et le résultat de ces mesures,

ii. les autres mesures prises pour améliorer l'hébergement, les soins, les services,

les programmes et les biens fournis aux résidents dans les domaines prioritaires du foyer en matière d'amélioration de la qualité pendant l'exercice, les dates auxquelles ces mesures ont été mises en œuvre et le résultat de ces mesures,

- iii. le rôle du conseil des résidents et du conseil des familles, s'il y en a un, en ce qui concerne les mesures prises en vertu des sous-dispositions i et ii,
- iv. le rôle du comité d'amélioration constante de la qualité en ce qui concerne les mesures prises en vertu des sous-dispositions i et ii,
- v. la manière et les dates auxquelles les mesures prises en vertu des sous-dispositions i et ii ont été communiquées 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 inclus dans le rapport sur l'initiative d'amélioration continue de la qualité du foyer pour l'exercice se terminant le 31 mars 2024 un relevé écrit des mesures prises pour améliorer le foyer et les soins, les services, les programmes et les biens qui y sont fournis en fonction des résultats du sondage effectué pendant l'exercice en vertu de l'alinéa 43 (5) b) de la Loi et de toute autre mesure prise en fonction des domaines prioritaires du foyer en matière d'amélioration de la qualité. Le rapport final sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité de 2024 ne contenait pas non plus de relevé écrit du rôle du conseil des personnes résidentes et du comité d'amélioration constante de la qualité du foyer en ce qui concerne les mesures prises pour améliorer le foyer dans les domaines susmentionnés, ni de relevé écrit de la manière et des dates auxquelles les mesures prises ont été communiquées aux personnes résidentes et à leurs familles, au conseil des résidents et aux membres du personnel du foyer.

**Sources :** rapport final sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité de 2024, entretien avec l'administrateur ou l'administratrice.

## **ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 001 Soins de la peau et des plaies**

Problème de conformité n° 018 Ordre aux termes de l'alinéa 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

### **Non-respect du : sous-alinéa 55 (2) (b) (iv) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Soins de la peau et des plaies

Paragraphe 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 décrit au paragraphe (2.1), si cela s'impose sur le plan clinique.

**L'inspecteur ou l'inspectrice ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de conformité [alinéa 155 (1) a) de la LRSLD (2021)] :**

Le titulaire de permis veille à ce qui suit :

1. Le directeur ou la directrice des soins infirmiers ou le ou la gestionnaire désigné mène une vérification auprès de deux personnes résidentes pendant une période consécutive de quatre semaines pour s'assurer que chaque personne résidente a fait l'objet d'une évaluation à l'aide d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour l'évaluation de la peau et des plaies, au moins une fois par semaine si cela est cliniquement indiqué.

2. Le directeur ou la directrice des soins infirmiers ou le ou la gestionnaire désigné tient un registre des vérifications effectuées comprenant la date à laquelle la vérification a été effectuée, le nom de la personne résidente faisant l'objet de la vérification, toute constatation ou lacune relevée, toute mesure corrective prise, y compris le nom de tout membre du personnel ayant reçu une nouvelle formation.

**Motifs**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente qui présentait une altération de l'intégrité épidermique soit réévaluée au moins une fois par semaine.

Le ou la DSI indique que les plaies doivent être réévaluées chaque semaine et que le foyer utilise un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour l'évaluation de la peau et des plaies. L'examen du dossier clinique de la personne résidente a permis de démontrer qu'aucune évaluation de la peau et des plaies n'avait été réalisée pendant un certain temps, jusqu'à ce qu'il reçoive une évaluation complète de la peau et des plaies après son retour du service d'urgence local pour traiter une infection. Le fait de ne pas avoir veillé à ce que la personne résidente soit réévaluée au moins une fois par semaine a empêché le traitement d'une infection en temps opportun.

**Sources :** observations, dossiers cliniques de la personne résidente; entretiens avec un ou une IA et le ou la DSI.

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente qui présentait une altération de l'intégrité épidermique soit réévaluée au moins une fois par semaine.

L'examen du dossier clinique de la personne résidente indique qu'elle a subi une nouvelle altération de l'intégrité épidermique et qu'il a fait l'objet d'une évaluation complète de la peau et des plaies à cette date. La personne résidente n'a fait l'objet d'aucune réévaluation au cours de la semaine suivante. Le fait de ne pas avoir veillé à ce que la personne résidente fasse l'objet d'une réévaluation au moins une fois par semaine affecte le suivi de l'intégrité épidermique de la personne résidente et des préoccupations liées aux plaies.

**Sources :** les dossiers cliniques de la personne résidente, les entretiens avec le ou la DSI.

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le :** 31 mars 2025.

## **ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 002 Service de restauration et de collation**

Problème de conformité n° 019 Ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

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

Service de restauration et de collation

Paragraphe 79 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à 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 ou l'inspectrice ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de conformité [alinéa 155 (1) a) de la LRSLD (2021)] :**

Le titulaire de permis veille à ce qui suit :

1. Le ou la gestionnaire de la nutrition ou son représentant forme les aides en soins nutritionnels concernant le moment où la température des aliments doit être prise. Conserver une trace écrite de la date, du contenu de la formation et de la signature de la personne qui a dispensé la formation aux aides nutritionnelles.



2. Le ou la gestionnaire des soins nutritionnels ou son représentant vérifie les registres des services et des livraisons trois fois par semaine pendant quatre semaines, dans une zone du foyer précise. Le ou la gestionnaire des soins nutritionnels ou son représentant forme à nouveau les aides en soins nutritionnels lorsque les températures ne sont pas prises avant le service des repas des personnes résidentes. Conserver une trace écrite du nom du personnel, de la date et du contenu de la formation.

### **Motifs**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les aliments soient servis à une température qui soit à la fois sûre et appétissante pour les personnes résidentes.

L'examen du registre des températures des repas du foyer pour la livraison et le service des repas a permis de démontrer que la température de plusieurs aliments servis au dîner n'avait pas été enregistrée. L'aide en soins nutritionnels a indiqué qu'elle devait prendre la température des aliments avant le service du repas du midi et a reconnu qu'il manquait des températures dans le registre des températures des aliments.

Le ou la gestionnaire des soins nutritionnels a confirmé que la température des aliments devait être enregistrée par l'aide en soins nutritionnels avant le service des repas.

La politique de gestion de la production alimentaire du foyer exige que le personnel en diététique prenne et enregistre la température des aliments chauds et froids potentiellement dangereux à plusieurs moments, notamment immédiatement avant le service et pendant le service s'il dure plus de 30 minutes afin de s'assurer que les aliments sont conservés à une température située en dehors de la fourchette de températures dangereuses.

Lorsque la température des aliments n'est pas enregistrée, il se peut que les aliments servis ne le soient pas à une température qui soit à la fois sûre et appétissante pour les personnes résidentes.

**Sources :** la politique de conservation des aliments froids et la politique de conservation des aliments chauds du foyer, les registres de température d'une zone du foyer, les entretiens avec le ou la gestionnaire des soins nutritionnels et l'aide en soins nutritionnels.

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le : 31 mars 2025.**

## **ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 003 Administration des médicaments**

Problème de conformité n° 020 Ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

### **Non-respect du : sous-alinéa 140 (3) b) (ii) du Règl. de l'Ont. 246/22)**

Administration des médicaments

Paragraphe 140 (3) Sous réserve des paragraphes (4) et (6), le titulaire de permis veille à ce qu'aucune personne n'administre un médicament à un résident au foyer, sauf si, selon le cas :

(b) dans le cas de l'administration d'un médicament sans accomplissement d'un acte autorisé dans le cadre du paragraphe 27 (2) de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*, la personne est, selon le cas :

(ii) un préposé aux services de soutien personnel qui : a reçu une formation en matière d'administration de médicaments conformément aux politiques et protocoles écrits élaborés dans le cadre du paragraphe 123 (2); de l'avis raisonnable du titulaire de permis, possède les compétences, les connaissances et l'expérience appropriées pour administrer des médicaments dans un foyer de soins de longue durée; a été chargé d'administrer le médicament par un membre du personnel infirmier autorisé du foyer de soins de longue durée et agit sous la surveillance de ce membre conformément aux normes d'exercice et aux lignes directrices de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario et, selon le cas :

(A) satisfait aux exigences du paragraphe 52 (1) ou est visé au paragraphe 52 (2),

(B) est une infirmière ou un infirmier formé à l'étranger qui travaille comme préposé aux services de soutien personnel. Paragraphe 28 (1) du Règl. de l'Ont. 66/23 Ou

### **L'inspecteur ou l'inspectrice ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de conformité [alinéa 155 (1) a) de la LRSLD (2021)] :**

Le titulaire de permis veille à ce qui suit :

1. Le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) ou son représentant, en collaboration avec un pharmacien du fournisseur de services pharmaceutiques, élaborera une politique permettant aux personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP) d'appliquer des crèmes de traitement médicamenteuses et des shampooings médicamenteux conformément aux pratiques exemplaires ou aux pratiques couramment admises. Conserver une trace écrite des ressources

utilisées pour s'assurer que la politique reflète les pratiques exemplaires ou les pratiques couramment admises si aucune pratique exemplaire n'est mise en place. La politique doit également inclure la formation et le recyclage des PSSP et du personnel autorisé.

2. Avant que les PSSP n'administrent des crèmes de traitement médicamenteuses et des shampooings médicamenteux, la politique susmentionnée doit être élaborée. Le titulaire de permis doit former le personnel autorisé et les PSSP à la politique et à leurs responsabilités en matière d'administration de crèmes et de shampooings médicamenteux. Conserver un registre documenté du personnel autorisé et des PSSP formés, y compris le personnel de l'agence, de la personne qui a dispensé la formation, de la date à laquelle la formation a eu lieu et du contenu de la formation.

## **Motifs**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les personnes préposées aux services de soutien personnel aient reçu une formation sur l'administration des médicaments conformément aux politiques et protocoles écrits et élaborés en vertu du paragraphe 123 (2), qui, de l'avis raisonnable du titulaire de permis, possèdent les compétences, les connaissances et l'expérience nécessaires pour administrer des médicaments dans un foyer de soins de longue durée.

La politique du fournisseur de services pharmaceutiques en matière d'administration des médicaments et de documentation indique que les PSSP qui administrent des médicaments à une personne résidente doivent recevoir une formation et posséder les compétences, les connaissances et l'expérience nécessaires pour administrer des médicaments, de l'avis raisonnable du titulaire de permis.

Un aide-infirmier ou une aide-infirmière a indiqué qu'elle appliquait des crèmes de traitement médicamenteuses aux personnes résidentes. L'aide-infirmier ou l'aide-infirmière a indiqué qu'elle avait été formée il y a un certain temps à l'application des crèmes médicamenteuses. Une PSSP a indiqué qu'elle n'avait pas été formée par le foyer à l'application de crèmes de traitement médicamenteuses.

Le ou la DSI a confirmé que les PSSP n'étaient pas formées à l'application de crèmes de traitement médicamenteuses. Le ou la DSI a également confirmé que la liste de vérification pour l'orientation des PSSP n'incluait pas l'application de crèmes de traitement médicamenteuses et qu'il n'y avait pas de formation continue pour s'assurer que les PSSP étaient compétentes pour appliquer des crèmes 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 du Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

traitement médicamenteuses sur les personnes résidentes. Le ou la DSI a indiqué que le titulaire de permis n'avait pas de politique permettant aux PSSP d'administrer des médicaments. Le ou la DSI a reconnu que la politique du fournisseur de services pharmaceutiques ne précisait pas qui devait offrir la formation des PSSP, ni le contenu et la fréquence de la formation. Après s'être entretenu avec le ou la DSI, celui-ci ou celle-ci a indiqué qu'il ou elle n'appliquerait plus de crèmes médicamenteuses aux personnes résidentes.

Les personnes résidentes ont été exposées à des risques lorsque les PSSP et les aides-infirmiers travaillant au foyer n'ont pas été formés, car ces derniers n'avaient peut-être pas les compétences, les connaissances et le jugement nécessaires pour appliquer des crèmes de traitement médicamenteuses aux personnes résidentes.

**Sources :** la politique d'administration et de documentation des médicaments du fournisseur de services pharmaceutiques, les entretiens avec le personnel et le ou la DSI.

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le :** 31 mars 2025.

## 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 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 du  
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 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

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

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.

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 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 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  
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

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

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).