

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 West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Rapport public initial

Date d'émission du rapport : 11 octobre 2024	
Numéro d'inspection : 2024-1218-0003	
Type d'inspection : Inspection proactive de conformité	
Titulaire de permis : 0760444 B.C. Ltd., société en commandite, par son commandité, Omni Health Care Limited	
Foyer de soins de longue durée et ville : Riverview Manor Nursing Home, Peterborough	
Inspectrice principale/Inspecteur principal L'inspecteur/l'inspectrice	Signature numérique de l'inspectrice/Signature numérique de l'inspecteur
Autre(s) inspectrice(s) ou inspecteur(s) L'inspecteur/l'inspectrice	

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 9 au 12, du 16 au 20 et du 23 au 27 septembre 2024.

L'inspection effectuée concernait :
Plainte : n° 00124671– inspection proactive de conformité (PCI)

Des problèmes de non-conformité relatifs à la disposition 12 (1) 3 du Règl. de l'Ont. 246/22, à la disposition 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, et aux dispositions 102 (9) a) et b) du Règl. de l'Ont. 246/22, ont été identifiés, ainsi que le suivi de l'inspection n° 2024_1218_0004, qui a été effectué simultanément à l'inspection proactive de conformité. Les domaines de non-conformité identifiés seront émis dans le présent rapport.

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)
- Gestion de la douleur (Pain Management)
- Soins et services de soutien aux personnes résidentes (Resident Care and Support Services)

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 West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Prévention et prise en charge des soins de la peau et des plaies (Skin and Wound Prevention and Management)

Conseils des résidents et des familles (Residents' and Family Councils)

Entretien ménager, services de buanderie et services d'entretien (Housekeeping, Laundry and Maintenance Services)

Prévention et contrôle des infections (Infection Prevention and Control)

Prévention des mauvais traitements et de la négligence (Prevention of Abuse and Neglect)

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 à la disposition 154 (2) de la *LRSLD* (2021).

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

Affichage des renseignements

Par. 85 (3) Les renseignements exigés pour l'application des paragraphes (1) et (2) sont les suivants :

c) la politique du foyer de soins de longue durée visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents.

Le titulaire de permis a omis d'afficher des renseignements, qui sont exigés par la Loi, dans le foyer de soins de longue durée, en particulier la politique du titulaire de permis visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes.

Conformément à la disposition 85 (1) de la *LRSLD* (2021), le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les renseignements exigés soient affichés dans un endroit bien en vue et facile d'accès du foyer et d'une façon conforme à l'exigence.

Justification et résumé

Une inspection proactive de conformité a été réalisée.

Pendant l'inspection proactive de conformité, une visite du foyer de soins de longue durée a eu lieu. Les observations n'ont pas permis de déterminer si la politique du titulaire de permis visant à promouvoir 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 Centre-Est

33, rue King West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence des personnes résidentes était affichée.

L'administratrice a indiqué qu'elle ne savait pas que la politique du titulaire de permis visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes devait être affichée.

Ne pas veiller à ce que la politique du titulaire de permis visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes soit affichée présentait des lacunes dans le partage d'informations avec les personnes résidentes, les familles, les visiteurs et le personnel.

Sources : Observations; et entretien avec l'administratrice.

Date de mise en œuvre de la rectification : 10 septembre 2024

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

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

Affichage des renseignements

Par. 85 (3) Les renseignements exigés pour l'application des paragraphes (1) et (2) sont les suivants :
h) une copie de l'entente de responsabilisation en matière de services conclue conformément à l'article 22 de la *Loi de 2019 pour des soins interconnectés*.

Le titulaire de permis a omis d'afficher les renseignements, qui sont exigés par la Loi, dans le foyer de soins de longue durée, en particulier une copie de l'entente de responsabilisation en matière de services.

Conformément à la disposition 85 (1) de la *LRSLD* (2021), le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les renseignements exigés soient affichés dans un endroit bien en vue et facile d'accès du foyer et d'une façon conforme à l'exigence.

Justification et résumé

Une inspection proactive de conformité a été réalisée.

Pendant l'inspection proactive de conformité, une visite du foyer de soins de longue durée a eu lieu. Les observations n'ont pas permis de déterminer si une copie de l'entente de responsabilisation en matière de services « en vigueur » du titulaire de permis était affichée. L'entente de responsabilisation en matière de service qui était affichée était échue.

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 West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

L'administratrice a indiqué qu'elle ne savait pas que l'entente en matière de services du titulaire de permis qui était affichée n'était plus en vigueur.

Ne pas veiller à ce que l'entente de responsabilisation en matière de services du titulaire de permis soit en vigueur pouvait tromper le public et présentait des lacunes dans le partage d'informations avec les personnes résidentes, les familles, les visiteurs et le personnel.

Sources : Observations pendant la visite initiale; et entretien avec l'administratrice.

Date de mise en œuvre de la rectification : 10 septembre 2024

Problème de conformité n° 003 – rectification réalisée conformément à la disposition 154 (2) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect de : la disposition 85 (3) 1) de la *LRSLD* (2021).

Affichage des renseignements

Par. 85 (3) Les renseignements exigés pour l'application des paragraphes (1) et (2) sont les suivants :

1) des copies des rapports d'inspection des deux dernières années à l'égard du foyer de soins de longue durée.

Le titulaire de permis a omis d'afficher les renseignements, qui sont exigés par la Loi, dans le foyer de soins de longue durée, en particulier une copie des rapports d'inspection des deux dernières années à l'égard du foyer de soins de longue durée.

Conformément à la disposition 85 (1) de la *LRSLD* (2021), le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les renseignements exigés soient affichés dans un endroit bien en vue et facile d'accès du foyer et d'une façon conforme à l'exigence.

Justification et résumé

Une inspection proactive de conformité a été réalisée.

Pendant l'inspection proactive de conformité, une visite du foyer de soins de longue durée a eu lieu. Les observations n'ont pas permis de déterminer si des copies des rapports d'inspection des deux dernières années étaient affichées pour qu'elles soient vues par les personnes résidentes, les familles, le personnel et d'autres.

L'administratrice a indiqué qu'elle ne savait pas que les rapports d'inspection des deux dernières années devaient être affichés dans le foyer de soins de longue durée.

Ne pas veiller à ce que les rapports d'inspection du foyer pour les deux dernières années soient affichés

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 West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

présentait des lacunes dans le partage d'informations avec les personnes résidentes, les familles, les visiteurs et le personnel.

Sources : Observations; et entretien avec l'administratrice.

Date de mise en œuvre de la rectification : 10 septembre 2024

Problème de conformité n° 004 – rectification réalisée conformément à la disposition 154 (2) de la *LRSLD* (2021).

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

Affichage des renseignements

Par. 85 (3) Les renseignements exigés pour l'application des paragraphes (1) et (2) sont les suivants :
m) les ordres donnés par un inspecteur ou le directeur à l'égard du foyer de soins de longue durée qui sont en vigueur ou qui ont été donnés au cours des deux dernières années.

Le titulaire de permis a omis d'afficher les renseignements, qui sont exigés par la Loi, dans le foyer de soins de longue durée, en particulier les copies des rapports d'inspection avec les ordres donnés par l'inspectrice ou l'inspecteur au cours des deux dernières années.

Conformément à la disposition 85 (1) de la *LRSLD* (2021), le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les renseignements exigés soient affichés dans un endroit bien en vue et facile d'accès du foyer et d'une façon conforme à l'exigence.

Justification et résumé

Une inspection proactive de conformité a été réalisée.

Pendant l'inspection proactive de conformité, une visite du foyer de soins de longue durée a eu lieu. Les observations n'ont pas permis de déterminer si les rapports d'inspection avec les ordres donnés au cours de deux dernières années étaient affichés.

L'administratrice a indiqué qu'elle ne savait pas que les ordres donnés par une inspectrice ou un inspecteur au cours des deux dernières années devaient être affichés dans le foyer de soins de longue durée.

Ne pas veiller à ce que les rapports d'inspection avec les ordres donnés par une inspectrice ou un inspecteur au cours des deux dernières années soient affichés présentait des lacunes dans le partage d'informations avec les personnes résidentes, les familles, les visiteurs et le personnel.

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 West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Sources : Observations; et entretien avec l'administratrice.

Date de mise en œuvre de la rectification : 10 septembre 2024

Problème de conformité n° 005 – rectification réalisée conformément à la disposition 154 (2) de la *LRSLD* (2021).

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

Affichage des renseignements

Par. 85 (3) Les renseignements exigés pour l'application des paragraphes (1) et (2) sont les suivants :

q) le plus récent procès-verbal des réunions du conseil des familles, s'il y en a, avec le consentement du conseil.

Le titulaire de permis a omis d'afficher les renseignements, qui sont exigés par la Loi, dans le foyer de soins de longue durée, en particulier le procès-verbal de réunion du conseil des familles

Conformément à la disposition 85 (1) de la *LRSLD* (2021), le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les renseignements exigés soient affichés dans un endroit bien en vue et facile d'accès du foyer et d'une façon conforme à l'exigence.

Justification et résumé

Une inspection proactive de conformité a été réalisée.

Pendant l'inspection proactive de conformité, une visite du foyer de soins de longue durée a eu lieu, et ce qui suit a été observé :

- Le procès-verbal de la réunion du conseil des familles n'était pas affiché dans le foyer afin que les personnes résidentes et les familles puissent le voir.

L'administratrice a indiqué que le foyer de soins de longue durée possède un conseil des familles. Elle a confirmé que le procès-verbal de la réunion du conseil des familles n'était pas affiché.

Ne pas veiller à ce que le procès-verbal de la réunion du conseil des familles soit affiché présentait des lacunes dans le partage d'informations aux personnes résidentes qui résident dans le foyer de soins de longue durée et à leurs familles.

Sources : Observations; et entretien avec l'administratrice.

Date de mise en œuvre de la rectification : 11 septembre 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 Centre-Est

33, rue King West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

AVIS ÉCRIT : Droit à la qualité des soins et à l'autodétermination

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 3 (1) 19. iv. de la LRSLD (2021).

Déclaration des droits des résidents

Par. 3 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au plein respect et à la promotion des droits suivants des résidents :

19. Le résident a le droit :

iv. de voir respecter, conformément à la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé*, le caractère confidentiel de ses renseignements personnels sur la santé au sens de cette loi et d'avoir accès à ses dossiers de renseignements personnels sur la santé, y compris son programme de soins, conformément à cette loi.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les renseignements personnels sur la santé d'une personne résidente demeurent confidentiels.

Justification et résumé

Une inspection proactive de conformité a été réalisée. Dans le cadre de l'inspection proactive de conformité, une visite du foyer de soins de longue durée a eu lieu, et ce qui suit a été observé :

- Une affiche indiquant qu'une personne résidente avait une blessure, des directives pour traiter la personne résidente, ainsi que l'instruction de ne pas utiliser un équipement déterminé en raison de la blessure de la personne résidente; l'affiche indiquait en outre comment amener la personne résidente à la toilette et quel dispositif médical utiliser. L'affiche a été observée comme étant affichée à l'extérieur de la porte de la chambre de la personne résidente et sur un mur juste à l'intérieur de la chambre. L'affiche comportant les renseignements personnels sur la santé de la personne résidente était visible dans le couloir et pouvait facilement être vue par d'autres personnes résidentes, les visiteurs et d'autres personnes.

Une infirmière auxiliaire autorisée ou un infirmier auxiliaire autorisé (IAA) a indiqué que l'affiche était affichée comme rappel adressé au personnel concernant les besoins en matière de soins de la personne résidente. L'IAA a confirmé que les renseignements personnels sur la santé devraient être tenus confidentiels. Le directeur des soins infirmiers a indiqué que des préoccupations avaient été soulevées par le ou la mandataire spécial(e) de la personne résidente et a indiqué que l'affiche avait été placée pour calmer le ou la mandataire spécial(e).

Ne pas veiller à tenir confidentiels les renseignements personnels sur la santé de la personne résidente contrevient à la déclaration des droits des personnes résidentes.

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

District du Centre-Est
33, rue King West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Sources : Observations; et entretiens avec une infirmière auxiliaire autorisée ou un infirmier auxiliaire autorisé et le directeur des soins infirmiers.

AVIS ÉCRIT : Obligations spécifiques en matière de propreté et de réparation

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 19 (2) a) de la LRSLD (2021).

Services d'hébergement

Par. 19 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

a) le foyer, l'ameublement et le matériel sont toujours propres et sanitaires.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer soit propre et sanitaire.

Justification et résumé

Une inspection proactive de conformité a été réalisée.

Pendant une visite du foyer de soins de longue durée, ce qui suit a été observé :

- Fenêtres – des fenêtres observées dans des aires communes déterminées étaient couvertes de poussière, de toiles d'araignées et de débris. Les pièces identifiées se trouvaient dans des aires résidentielles. Toutes les fenêtres dans l'aire identifiée ont été observées au cours de l'inspection.

- Porte d'entrée – l'entrée du foyer de soins de longue durée observée et un espace détente extérieur étaient couverts d'épaisses toiles d'araignées qui contenaient des débris. L'entrée et l'espace détente ont été observés tout au long de l'inspection.

Le directeur ou la directrice des services environnementaux a indiqué ne pas être au courant que les fenêtres et l'entrée n'étaient pas propres.

Ne pas veiller à ce que le foyer de soins de longue durée soit propre crée une expérience déplaisante du foyer pour les personnes résidentes.

Sources : Observation; et entretien avec le directeur ou la directrice des services environnementaux.

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 West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

AVIS ÉCRIT : Affichage des renseignements

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 85 (3) e) de la LRSLD (2021).

Affichage des renseignements

Par. 85 (3) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

e) la marche à suivre du foyer de soins de longue durée pour porter plainte auprès du titulaire de permis.

Le titulaire de permis a omis d'afficher les renseignements, qui sont exigés par la Loi, dans le foyer de soins de longue durée, en particulier la marche à suivre pour porter plainte auprès du titulaire de permis.

Selon la disposition 85 (1) de la *LRSLD* (2021), le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les renseignements exigés soient affichés dans un endroit bien en vue et facile d'accès du foyer et d'une façon conforme à l'exigence.

Justification et résumé

Une inspection proactive de conformité a été réalisée.

Pendant l'inspection proactive de conformité, une visite du foyer de soins de longue durée a eu lieu. Les observations au cours de la visite n'ont pas permis de déterminer si la marche à suivre pour porter plainte auprès du titulaire de permis était affichée.

L'administratrice a indiqué qu'elle ne savait pas que la marche à suivre pour porter plainte auprès du titulaire de permis devait être affichée.

Ne pas veiller à ce que la marche à suivre pour porter plainte auprès du titulaire de permis soit affichée présentait des lacunes dans le partage d'informations aux personnes résidentes, aux familles, aux visiteurs et au personnel, et présentait d'autres lacunes quant aux soins et aux services.

Sources : Observations; et entretien avec l'administratrice.

AVIS ÉCRIT : Affichage des renseignements

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 85 (3) g) de la LRSLD (2021).

Affichage des renseignements

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 West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Par. 85 (3) Les renseignements exigés pour l'application des paragraphes (1) et (2) sont les suivants :
g) un avis de la politique du foyer de soins de longue durée visant à réduire au minimum l'utilisation de la contention sur les résidents et la façon d'en obtenir une copie.

Le titulaire de permis a omis d'afficher les renseignements, qui sont exigés par la Loi, dans le foyer de soins de longue durée, en particulier la politique du titulaire de permis visant à réduire au minimum l'utilisation de la contention des personnes résidentes et la façon d'en obtenir une copie.

Conformément à la disposition 85 (1) de la LRSLD (2021), le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les renseignements exigés soient affichés dans un endroit bien en vue et facile d'accès du foyer et d'une façon conforme à l'exigence.

Justification et résumé

Une inspection proactive de conformité a été réalisée.

Pendant l'inspection proactive de conformité, une visite du foyer de soins de longue durée a été effectuée.

Les observations au cours de la visite n'ont pas permis de déterminer si la politique du titulaire de permis visant à réduire au minimum l'utilisation de la contention des personnes résidentes et la façon d'en obtenir une copie étaient affichées.

L'administratrice a indiqué qu'elle ne savait pas que la politique du titulaire de permis visant à réduire au minimum l'utilisation de la contention des personnes résidentes et la façon d'en obtenir une copie devaient être affichées.

Ne pas veiller à ce que la politique du titulaire de permis visant à réduire au minimum l'utilisation de la contention des personnes résidentes et la façon d'en obtenir une copie soient affichées présentait des lacunes dans le partage d'informations aux personnes résidentes, aux familles, aux visiteurs et au personnel.

Sources : Observations; et entretien avec l'administratrice.

AVIS ÉCRIT : Affichage des renseignements

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 85 (3) r) de la LRSLD (2021).

Affichage des renseignements

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 West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Par. 85 (3) Les renseignements exigés pour l'application des paragraphes (1) et (2) sont les suivants :
r) une explication des protections qu'offre l'article 30.

Le titulaire de permis a omis d'afficher les renseignements, qui sont exigés par la Loi, dans le foyer de soins de longue durée, en particulier une explication des protections qu'offre l'article 30.

Conformément à la disposition 85 (1) de la LRSLD (2021), le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les renseignements exigés soient affichés dans un endroit bien en vue et facile d'accès du foyer et d'une façon conforme à l'exigence.

Justification et résumé

Une inspection proactive de conformité a été réalisée.

Pendant l'inspection proactive de conformité, une visite du foyer de soins de longue durée a été effectuée.

Les observations au cours de la visite n'ont pas permis de déterminer si la politique du titulaire de permis en ce qui a trait à l'explication des protections qu'offre l'article 30 était affichée.

L'administratrice a indiqué qu'elle ne savait pas que la politique du titulaire de permis en ce qui a trait à l'explication des protections qu'offre l'article 30 devait être affichée.

Ne pas veiller à ce que la politique du titulaire de permis en ce qui a trait à l'explication des protections qu'offre l'article 30 soit affichée présentait des lacunes dans le partage d'informations aux personnes résidentes, aux familles, aux visiteurs et au personnel.

Sources : Observations; et entretien avec l'administratrice.

AVIS ÉCRIT : Rideaux de séparation

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 16 du Règl. de l'Ont. 246/22.

Rideaux de séparation

Par. 16. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque chambre à coucher occupée par plus d'un résident soit dotée d'un nombre suffisant de rideaux de séparation pour assurer l'intimité de chaque résident.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les chambres de personnes résidentes occupées par plus d'une personne résidente disposent de suffisamment de rideaux de séparation pour assurer leur intimité.

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 West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Justification et résumé

Une inspection proactive de conformité a été réalisée.

Au cours d'une visite du foyer de soins de longue durée, des rideaux de séparation ont été observés alors qu'ils n'entouraient pas entièrement l'espace autour du lit de personnes résidentes afin d'assurer leur intimité dans des chambres identifiées. Toutes les chambres observées étaient des chambres partagées.

Le directeur ou la directrice des services environnementaux (DSE) et le directeur ou la directrice de l'environnement chez OMNI Quality Living ont confirmé que chaque chambre de personnes résidentes partagée doit être dotée d'un nombre suffisant de rideaux de séparation pour assurer l'intimité. Le ou la DSE a indiqué, au moment de l'inspection, que le nombre de rideaux de séparation était insuffisant dans le foyer de soins de longue durée.

Ne pas veiller à ce qu'il y ait un nombre suffisant de rideaux de séparation disponibles dans chaque chambre de personnes résidentes partagée présentait des lacunes dans les soins et services aux personnes résidentes, en particulier concernant le droit de chaque personne résidente à ce que son intimité et sa dignité soient respectées pendant les soins.

Sources : Observations; entretiens avec le ou la DSE, l'administratrice, et le directeur ou la directrice de l'environnement d'OMNI Quality Living.

AVIS ÉCRIT : Température ambiante

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 24 (3) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Température ambiante

Par. 24 (3) La température qui doit être mesurée en application du paragraphe (2) est consignée au moins une fois le matin, une fois l'après-midi, entre 12 h et 17 h, et une fois le soir ou la nuit.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la température ambiante requise conformément au paragraphe (2) soit consignée au moins une fois chaque matin, une fois chaque après-midi entre midi et 17 heures, et une fois chaque soir ou nuit.

Selon la disposition 24 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la température ambiante soit mesurée et consignée, au minimum, dans au moins deux chambres à coucher de personnes résidentes dans différentes parties du foyer, une aire commune pour les résidents à chaque étage du foyer et chaque aire de refroidissement désignée, s'il y en a dans le foyer.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

33, rue King West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Justification et résumé

Une inspection proactive de conformité a été réalisée. La température ambiante fait partie de l'inspection proactive de conformité.

La politique « Air Temperature » [température ambiante] du titulaire de permis ainsi que les fiches « Building Temperature and Humidity Log » [journal de la température et de l'humidité de l'immeuble] du titulaire de permis ont été passées en revue. Les documents indiquaient que la température ambiante du foyer de soins de longue durée n'avait pas été mesurée ou consignée de façon constante dans les chambres des personnes résidentes, dans les aires communes pour les personnes résidentes, au moins une fois chaque matin, une fois chaque après-midi entre midi et 17 heures, et une fois chaque soir ou nuit entre le 1^{er} mai 2024 et le 10 septembre 2024.

Le directeur ou la directrice des services environnementaux (DSE) et le directeur ou la directrice de l'environnement chez OMNI Quality Living ont confirmé qu'il y avait des lacunes pour ce qui est de s'assurer que la température ambiante dans le foyer soit mesurée et consignée comme l'exige la législation. L'administratrice a indiqué qu'elle ne savait pas que les températures ambiantes n'étaient pas mesurées constamment comme l'indique la législation.

Ne pas veiller à ce que la température ambiante soit mesurée et consignée présentait des lacunes en matière de services et présentait un possible risque d'inconfort pour les personnes résidentes.

Sources : Observations; entretiens avec le ou la DSE, l'administratrice, le directeur des soins infirmiers, l'administratrice et le directeur ou la directrice de l'environnement d'OMNI Quality Living.

AVIS ÉCRIT : Services infirmiers et services de soutien personnel

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 35 (3) e) du Règl. de l'Ont. 246/22

Services infirmiers et services de soutien personnel

Par. 35 (3) Le plan de dotation en personnel doit :

e) être évalué et mis à jour au moins une fois par année conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de services infirmiers et de services de soutien personnel soit évalué et mis à jour au moins une fois par année.

Conformément à la disposition 11 (1) de la LRSLD (2021), le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soit instauré un programme structuré de services infirmiers et de services de soutien personnel visant à répondre aux besoins évalués des résidents.

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 West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Justification et résumé

Une inspection proactive de conformité a été réalisée. Dans le cadre de l'inspection proactive de conformité, le plan de dotation en personnel pour les services infirmiers et services de soutien personnel a été passé en revue.

Au moment de l'inspection, l'évaluation du plan des services infirmiers et services de soutien personnel a été demandée, mais n'a pas été fournie.

Le directeur des soins infirmiers (DSI) a indiqué que les plans de programmes sont examinés par l'administratrice. Le DSI a indiqué qu'il n'avait pas participé à l'évaluation du plan de dotation en personnel relativement aux services infirmiers et services de soutien personnel.

Ne pas évaluer les services infirmiers et services de soutien personnel au moins une fois par année empêche la capacité de dynamiser et de cibler les ressources, en particulier en ce qui concerne les soins et services aux personnes résidentes.

Sources : Examen des évaluations de programme; et entretien avec le directeur des soins infirmiers.

AVIS ÉCRIT : Effets personnels et aides personnelles

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 41 (1) a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Effets personnels et aides personnelles

Par. 41 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque résident du foyer ait ses effets personnels, notamment ses aides personnelles, comme des prothèses dentaires, des lunettes et des aides auditives :

a) étiquetés, dans les 48 heures de son admission et, dans le cas de nouveaux effets, de leur acquisition.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les effets de soins personnels de personnes résidentes soient étiquetés en vue d'une utilisation individuelle des personnes résidentes.

Justification et résumé

Une inspection proactive de conformité a été réalisée.

Au cours d'une visite du foyer de soins de longue durée, des effets de soins personnels ont été observés sans étiquette dans les chambres et les salles de bain des personnes résidentes.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

33, rue King West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

La responsable de la prévention et du contrôle des infections—infirmière auxiliaire autorisée et le directeur des soins infirmiers ont confirmé que tous les effets de soins personnels devaient être étiquetés.

Ne pas veiller à ce que les effets de soins personnels des personnes résidentes soient étiquetés n'est pas sanitaire et présente un risque concernant la potentielle transmission des infections.

Sources : Observations; et entretiens avec la responsable de la PCI-IAA et le directeur des soins infirmiers.

AVIS ÉCRIT : Services d'entretien

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 96 (2) g) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Services d'entretien

Par. 96 (2) Le titulaire de permis veille à ce que soient élaborées et mises en œuvre des marches à suivre qui garantissent ce qui suit :

g) la température de l'eau qui alimente les baignoires, les douches et les lavabos qu'utilisent les résidents ne dépasse pas 49 degrés Celsius et est contrôlée par un dispositif de régulation de la température qui se trouve hors de la portée des résidents.

Le titulaire de permis a omis de s'assurer que les marches à suivre relatives à la surveillance de la température de l'eau qui alimente les baignoires, les douches et les lavabos qu'utilisent les résidents soient respectées.

Justification et résumé

Une inspection proactive de conformité a été réalisée.

Les fiches « Building Temperature and Humidity Log » [journal de la température et de l'humidité de l'immeuble] du titulaire de permis ont été passées en revue. Les fiches « Building Temperature and Humidity Log » [journal de la température et de l'humidité de l'immeuble] indiquaient que les mesures des températures ambiantes et de l'eau étaient notées par la personne désignée par le titulaire de permis dans le même document. Les documents n'ont pas permis de déterminer si les températures de l'eau ont été mesurées et notées de façon constante lors des dates déterminées.

La politique du titulaire de permis, « Monitoring and Recording of Water Temperatures » [suivi et relevé des températures de l'eau] indiquait que la température de l'eau doit être mesurée et notée pour chaque quart de travail par un employé ou une employée désigné(e), puis inscrite dans le journal de la température. La politique indique que le suivi des températures de l'eau, ainsi que la réaction conséquente

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 West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

aux lacunes, relèvent de la cheffe ou du chef des services infirmiers. La politique indique en outre que l'administratrice a la responsabilité de surveiller la conformité.

Le directeur ou la directrice des services environnementaux (DSE) et le directeur ou la directrice de l'environnement chez OMNI Quality Living ont confirmé qu'il y avait des lacunes dans la surveillance de la température de l'eau qui alimente les baignoires, les douches et les lavabos qu'utilisent les personnes résidentes. L'administratrice a indiqué qu'elle ne savait pas qu'il y avait des dates au cours de la période déterminée où la température de l'eau n'avait pas été mesurée ou notée.

Ne pas surveiller la température de l'eau qui alimente les baignoires, les douches et les lavabos qu'utilisent les personnes résidentes présente un risque de préjudice pour les personnes résidentes.

Sources : Examen des fiches « Building Temperature and Humidity Log » [journal de la température et de l'humidité de l'immeuble], politique du titulaire de permis « Monitoring and Recording of Water Temperatures » [suivi et relevé des températures de l'eau]; et entretiens avec une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé, le ou la DSE, le directeur ou la directrice de l'environnement d'OMNI Quality Living, et l'administratrice.

AVIS ÉCRIT : Prévention et contrôle des infections

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 102 (9) a) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Programme de prévention et de contrôle des infections

Par. 102 (9) Le titulaire de permis veille à ce qui suit au cours de chaque quart de travail :

a) Les symptômes indiquant la présence d'infections chez des résidents sont surveillés conformément aux normes ou protocoles que délivre le directeur en application du paragraphe (2).

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente qui présentait des symptômes indiquant la présence d'une infection soit surveillée lors de chaque quart de travail.

Conformément à la disposition 3 « Surveillance » de la Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée, révisée en septembre 2023, les exigences supplémentaires aux termes de la norme 3.1 indiquent que les mesures de surveillance sont effectuées lors de chaque quart de travail.

Justification et résumé

Une inspection proactive de conformité a été réalisée. L'inspection sur la prévention et le contrôle des infections fait partie de l'inspection proactive de conformité.

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 West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Au cours de l'inspection proactive de conformité, le foyer de soins de longue durée a connu une éclosion. L'éclosion a été déclarée par le bureau de santé local.

La « Line Listing » [liste des cas] du titulaire de permis pour l'éclosion a été passée en revue. Les documents examinés indiquaient qu'il y avait eu un nombre initial de personnes résidentes présentant des symptômes d'infection. Le dossier de santé clinique pour une personne résidente, qui était désignée comme étant le cas initial, a été passé en revue. Les documents indiquaient que la personne résidente avait été évaluée comme étant symptomatique. Les documents n'ont pas permis de déterminer si les symptômes de la personne résidente ont été surveillés après l'évaluation initiale ou dans les heures suivantes.

La responsable de la prévention et du contrôle des infections–infirmière auxiliaire autorisée (PCI-IAA) ainsi que le directeur des soins infirmiers ont indiqué que la personne résidente présentait des symptômes d'une infection qui doit être surveillée lors de chaque quart de travail, jusqu'à ce que les symptômes soient résolus. La responsable de la PCI-IAA a confirmé que les symptômes de la personne résidente n'avaient pas été surveillés au cours de chaque quart de travail.

Ne pas veiller à ce que les personnes résidentes présentant des symptômes d'infection soient surveillées au cours de chaque quart de travail présentait un risque de préjudice pour une personne résidente, en particulier relativement à l'aggravation possible des symptômes.

Sources : Examen de la « Line Listing » [liste des cas] du titulaire de permis, de la déclaration d'une éclosion du bureau de santé, du dossier de santé clinique d'une personne résidente; et entretiens avec la responsable de la PCI (à ce moment-là) et le directeur des soins infirmiers.

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les symptômes indiquant la présence d'une infection chez les personnes résidentes soient surveillés à chaque quart de travail.

Justification et résumé

Une inspection proactive de conformité a été réalisée. L'inspection proactive de conformité comprend une inspection du programme de prévention et prise en charge des soins de la peau et des plaies, ainsi que de la prévention et du contrôle des infections.

Le dossier de santé clinique pour une personne résidente a été passé en revue afin de valider le programme du titulaire de permis sur les soins de la peau et des plaies. Les documents ont permis de déterminer que la personne résidente avait été identifiée comme ayant une blessure de pression. La personne résidente a été identifiée comme présentant des symptômes d'une infection, le médecin 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 West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

contacté et des ordonnances ont été reçues afin d'amorcer une médication; la médication a été consignée comme étant amorcée. Les documents n'ont pas permis de déterminer si la personne résidente était constamment surveillée après l'amorce de la médication et l'achèvement du traitement prescrit.

La responsable de la prévention et du contrôle des infections–infirmière auxiliaire autorisée (PCI-IAA) et le directeur des soins infirmiers ont confirmé que les personnes résidentes doivent être surveillées au cours de chaque quart de travail lorsque leurs symptômes indiquent la présence d'une infection.

Ne pas veiller à ce qu'une personne résidente présentant des symptômes d'une infection soit surveillée à chaque quart de travail présentait un risque pour la personne résidente, en particulier relativement à la réaction à l'antibiotique prescrit et à l'aggravation possible des symptômes associés à une infection.

Sources : Examen du dossier de santé clinique de la personne résidente; et entretiens avec la responsable de la PCI-IAA et le directeur des soins infirmiers.

AVIS ÉCRIT : Évaluation trimestrielle

Problème de conformité n° 017 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 124 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Évaluation trimestrielle

Par. 124 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les membres d'une équipe interdisciplinaire, devant notamment comprendre le directeur médical, l'administrateur du foyer, le directeur des soins infirmiers et des soins personnels et le fournisseur de services pharmaceutiques, se rencontrent au moins une fois tous les trois mois pour évaluer l'efficacité du système de gestion des médicaments au foyer et recommander les modifications à y apporter pour l'améliorer. Par. 124 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une équipe interdisciplinaire, composée par le directeur médical ou la directrice médicale, l'administratrice, le directeur des soins infirmiers et des soins personnels et le fournisseur de services pharmaceutiques, se rencontre au moins une fois tous les trois mois pour évaluer l'efficacité des systèmes de gestion des médicaments.

Justification et résumé

Une inspection proactive de conformité a été réalisée. Dans le cadre de l'inspection proactive de conformité, le système de gestion des médicaments est examiné.

Les procès-verbaux des réunions du comité consultatif du médecin ont été passés en revue. Les documents n'ont pas permis de déterminer si le directeur médical ou la directrice médicale, l'administratrice, le directeur des soins infirmiers et des soins personnels et le fournisseur de services

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 West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

pharmaceutiques se rencontrent au moins une fois tous les trois mois pour évaluer l'efficacité des systèmes de gestion des médicaments.

Le directeur des soins infirmiers a indiqué que le comité consultatif ne s'était pas réuni.

Ne pas veiller à ce qu'une équipe interdisciplinaire se rencontre au moins une fois tous les trois mois pour évaluer l'efficacité des systèmes de gestion des médicaments présentait des lacunes dans les soins et services.

Sources : Examen des procès-verbaux des réunions du comité consultatif du médecin; et entretien avec le directeur des soins infirmiers.

AVIS ÉCRIT : Administration de médicaments

Problème de conformité n° 018 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRS LD (2021).

Non-respect de : la disposition 140 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Administration de médicaments

Par. 140 (2) Le titulaire de permis veille à ce que les médicaments soient administrés aux résidents conformément au mode d'emploi précisé par le prescripteur. Par. 140 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22.

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les médicaments soient administrés aux personnes résidentes conformément à la prescription du prescripteur.

Justification et résumé

Une inspection proactive de conformité a eu lieu. Dans le cadre de l'inspection proactive de conformité sur la gestion des médicaments, des incidents liés aux médicaments ont été passés en revue.

Les incidents liés aux médicaments du dernier trimestre ont été passés en revue. Les documents ont permis de déterminer ce qui suit :

- À une date déterminée, un médicament a été administré à une personne résidente.

Le dossier de santé clinique de la personne résidente a été passé en revue. Les documents, en particulier les ordonnances du médecin, indiquaient que la personne résidente devait recevoir un médicament déterminé, mais qu'elle en avait reçu un autre par erreur.

Le directeur des soins infirmiers a confirmé que la personne résidente n'avait pas reçu les médicaments prescrits par son médecin.

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 West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Ne pas veiller à ce que les médicaments soient administrés à une personne résidente comme prescrit présentait un risque de préjudice pour la personne résidente.

Sources : Examen des incidents liés aux médicaments pour le dernier trimestre; et entretien avec le directeur des soins infirmiers.

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les médicaments soient administrés aux personnes résidentes conformément à la prescription du prescripteur.

Justification et résumé

Une inspection proactive de conformité a eu lieu. Dans le cadre de l'inspection proactive de conformité sur la gestion des médicaments, des incidents liés aux médicaments ont été passés en revue.

Les incidents liés aux médicaments du dernier trimestre ont été passés en revue. Les documents ont permis de déterminer ce qui suit :

- À une date déterminée, un médicament n'a pas été administré à une personne résidente conformément à la prescription.

Le dossier de santé clinique de la personne résidente a été passé en revue. Les documents, en particulier les ordonnances du médecin, ainsi que le dossier électronique d'administration des médicaments, ont permis de déterminer que la personne résidente n'avait pas reçu ses médicaments conformément à la prescription.

Le directeur des soins infirmiers a confirmé que la personne résidente n'avait pas reçu les médicaments prescrits par son médecin.

Ne pas veiller à ce que les médicaments soient administrés à une personne résidente comme prescrit présentait un risque de préjudice pour la personne résidente.

Sources : Examen des incidents liés aux médicaments pour le dernier trimestre; et entretien avec le directeur des soins infirmiers.

**AVIS ÉCRIT : Incidents liés à des médicaments et réactions indésirables
à des médicaments**

Problème de conformité n° 019 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 147 (1) a. du Règl. de l'Ont. 246/22.

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 West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Incidents liés à des médicaments et réactions indésirables à des médicaments

Par. 147 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque incident lié à un médicament et mettant en cause un résident, chaque réaction indésirable à un médicament, chaque utilisation de glucagon, chaque incident d'hypoglycémie sévère et chaque incident d'hypoglycémie ne répondant pas à un traitement et mettant en cause un résident soient à la fois :

a) documentés, les mesures immédiates prises pour évaluer et préserver l'état de santé du résident étant également consignées dans un dossier.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les incidents liés aux médicaments soient documentés, les mesures immédiates prises pour évaluer et préserver l'état de santé de la personne résidente étant également consignées.

Justification et résumé

Une inspection proactive de conformité a été réalisée. Dans le cadre de l'inspection proactive de conformité, le système de gestion des médicaments est examiné, en particulier les incidents liés aux médicaments.

Les incidents liés aux médicaments du dernier trimestre ont été passés en revue. Le cartable sur les incidents liés aux médicaments du titulaire de permis contenait les incidents liés aux médicaments uniquement pour le premier trimestre de 2024.

Le directeur des soins infirmiers (DSI) a indiqué qu'il y avait eu des incidents liés aux médicaments survenus après le premier trimestre. Le DSI a confirmé que les incidents liés aux médicaments survenus après cette période ainsi que les mesures immédiates prises n'avaient pas été consignés dans le même dossier, en particulier pour des incidents déterminés. Le DSI a indiqué qu'il y avait eu des priorités concurrentes, ce qui l'avait empêché de rassembler les documents concernant les incidents.

Ne pas veiller à ce que les incidents liés aux médicaments et les mesures immédiates prises soient consignés dans le même dossier pour évaluer et préserver l'état de santé de la personne résidente présentait des lacunes dans les soins et services, en particulier ceux concernant les systèmes de gestion des médicaments.

Sources : Examen du cartable du titulaire de permis sur les incidents liés aux médicaments, du logiciel en ligne du titulaire de permis sur les incidents liés aux médicaments; et entretien avec le directeur des soins infirmiers.

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 West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

AVIS ÉCRIT : Comité d'amélioration constante de la qualité

Problème de conformité n° 020 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 166 (2) 10 du Règl. de l'Ont. 246/22.

Comité d'amélioration constante de la qualité

Par. 166 (2) Le comité d'amélioration constante de la qualité se compose d'au moins les personnes suivantes : 10. Un membre du conseil des familles, s'il y en a un.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'au moins un membre du conseil des familles fasse partie du comité d'amélioration constante de la qualité (ACQ) du foyer de soins de longue durée.

Justification et résumé

Un examen du procès-verbal de la réunion trimestrielle du comité de l'ACQ pour 2024 indiquait qu'aucun membre du conseil des familles n'y avait participé.

Un entretien avec le comité du conseil des familles a confirmé que les membres n'avaient pas été invités au comité d'ACQ. L'administratrice et le directeur ou la directrice de la qualité des services aux personnes résidentes ont admis que le comité d'ACQ n'avait pas inclus de membre du conseil des familles.

Ne pas inclure de membre du conseil des familles au sein du comité d'amélioration constante de la qualité a fait perdre la possibilité de contribution du conseil des familles à l'initiative d'ACQ du foyer de soins de longue durée.

Sources : Procès-verbal de la réunion du comité d'ACQ et entretiens avec les représentants du conseil des familles, le directeur ou la directrice de la qualité des services aux personnes résidentes et l'administratrice.

AVIS ÉCRIT : Affichage des renseignements

Problème de conformité n° 021 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 265 (1) 3 du Règl. de l'Ont. 246/22.

Affichage des renseignements

Par. 265 (1) Pour l'application de la disposition 85 (3) s) de la Loi, le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les renseignements qui doivent être affichés dans le foyer et communiqués aux résidents en application de l'article 85 de la Loi comprennent les éléments suivants :
3. Le dernier rapport de rapprochement vérifié prévu à l'alinéa 288 (1) a) du présent règlement.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le dernier rapport de rapprochement vérifié soit affiché.

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 West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Justification et résumé

Une inspection proactive de conformité a été réalisée.

Pendant l'inspection proactive de conformité, une visite du foyer de soins de longue durée a eu lieu. Les observations n'ont pas permis de déterminer si le dernier rapport de rapprochement vérifié était affiché pour qu'il soit vu par les personnes résidentes, les familles, le personnel et d'autres.

L'administratrice a indiqué qu'elle ne savait pas que le rapport de rapprochement vérifié devait être affiché dans le foyer de soins de longue durée.

Ne pas veiller à ce que le dernier rapport de rapprochement vérifié du titulaire de permis soit affiché présentait des lacunes dans le partage d'informations avec les personnes résidentes, les familles, les visiteurs et le personnel.

Sources : Observations; et entretien avec l'administratrice.

ORDRE DE CONFORMITÉ n° 001 Obligation de protéger

Problème de conformité n° 022 – ordre de conformité aux termes de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 24 (1) de la LRSLD (2021).

Obligation de protéger

Par. 24 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée protège les résidents contre les mauvais traitements de la part de qui que ce soit et veille à ce que les résidents ne fassent l'objet d'aucune négligence de sa part ou de la part du personnel.

L'inspecteur ou l'inspectrice ordonne au titulaire de permis de respecter un ordre de conformité [al. 155(1)a) de la LRSLD (2021)] :

Le titulaire de permis doit s'assurer que :

1. Le directeur des soins infirmiers, ou la cheffe ou le chef des services infirmiers désigné(e), doit fournir une formation en personne aux infirmières auxiliaires autorisées et infirmiers auxiliaires autorisés (IAA) concernant la politique du titulaire de permis sur l'hypoglycémie. La formation doit être consignée, y compris la date, le nom des membres du personnel et leur rôle, le formateur ou la formatrice, ainsi que le contenu de la formation. Les documents doivent être conservés et remis immédiatement à l'inspectrice ou l'inspecteur qui en fait la demande.

2. Le directeur des soins infirmiers, ou la cheffe ou le chef des services infirmiers désigné(e), doit passer

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 West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

en revue le rapport de changement de quart pour tout incident d'hypoglycémie; si une personne résidente est évaluée comme ayant été en hypoglycémie, le DSI ou la cheffe ou le chef des services infirmiers désigné(e) effectuera une vérification du dossier de santé de la personne résidente afin de déterminer si un ou une membre du personnel infirmier autorisé a respecté la politique du titulaire de permis sur l'hypoglycémie. Si des lacunes sont identifiées, le DSI, ou la cheffe ou le chef des services infirmiers désigné(e), doit former de nouveau les membres du personnel infirmier autorisé au sujet des mesures à prendre lorsqu'une personne résidente subit un incident d'hypoglycémie. Les documents à conserver doivent comprendre l'examen entre les quarts de travail, le nom de la personne résidente, la date à laquelle a eu lieu l'incident d'hypoglycémie, les vérifications effectuées sur le dossier de santé déterminé, le nom et le rôle de la personne vérificatrice, et toute mesure corrective prise si des lacunes sont relevées. L'examen et les vérifications connexes doivent être effectués pendant quatre semaines, y compris les fins de semaine et les jours fériés.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas assuré la protection d'une personne résidente contre la négligence.

Conformément à la disposition 7 du Règl. de l'Ont. 246/22, aux fins de la Loi et du présent règlement, la « négligence » signifie le défaut de fournir à une personne résidente les traitements, les soins, les services ou l'aide nécessaires à sa santé, à sa sécurité ou à son bien-être, et comprend l'inaction ou une tendance à l'inaction qui compromet la santé, la sécurité ou le bien-être d'une ou de plusieurs personnes résidentes.

Justification et résumé

Une inspection proactive de conformité a été réalisée. Dans le cadre de l'inspection proactive de conformité, le système de gestion des médicaments a été examiné, y compris les incidents liés aux médicaments.

Les incidents liés aux médicaments du dernier trimestre ont été passés en revue. Lors d'un incident lié aux médicaments identifié, un médicament d'urgence a été administré à une personne résidente.

La politique du titulaire de permis « Treatment of Hypoglycemia » [traitement de l'hypoglycémie] indiquait que les objectifs du traitement de l'hypoglycémie étaient de déceler et de traiter un faible taux de glycémie rapidement au moyen d'une intervention qui fournit l'augmentation la plus rapide du glucose sanguin à un taux sécuritaire, réduisant ou éliminant par conséquent le risque de blessure, ainsi que pour soulager rapidement les symptômes tout en évitant un surtraitement ou une hyperglycémie de rebond. La politique indique que le personnel infirmier autorisé doit traiter les symptômes d'hypoglycémie rapidement selon les indications de la politique.

Le dossier de santé clinique de la personne résidente a été passé en revue. Les documents passés en revue n'ont pas permis de déterminer si les IAA avaient respecté la politique « Treatment of Hypoglycemia » [traitement de l'hypoglycémie] du titulaire de permis.

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 West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé (IA) qui était l'infirmière ou l'infirmier responsable en poste a indiqué ne pas avoir été au courant de l'état de santé de la personne résidente jusqu'à une heure déterminée. L'IA a indiqué que l'IAA n'avait pas respecté la politique « Treatment of Hypoglycemia » [traitement de l'hypoglycémie] du titulaire de permis.

Le directeur des soins infirmiers a confirmé que les infirmières auxiliaires autorisées et infirmiers auxiliaires autorisés (IAA) identifié(e)s n'ont pas respecté la politique sur l'hypoglycémie du titulaire de permis.

Ne pas veiller à ce que les politiques du système de gestion des médicaments du titulaire de permis, en particulier « Treatment of Hypoglycemia » [traitement de l'hypoglycémie], soient respectées présentait un risque pour une personne résidente et a potentiellement contribué aux incidents.

Sources : Examen des incidents liés aux médicaments du dernier trimestre, de la politique « Treatment of Hypoglycemia » [traitement de l'hypoglycémie] du titulaire de permis, du dossier de santé clinique de la personne résidente; et entretien avec un ou une IA et le directeur des soins infirmiers.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 6 décembre 2024.

ORDRE DE CONFORMITÉ n° 002 Programme de prévention et de contrôle des infections

Problème de conformité n° 023 – ordre de conformité aux termes de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 102 (9) b) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Programme de prévention et de contrôle des infections

Par. 102 (9) Le titulaire de permis veille à ce qui suit au cours de chaque quart de travail :

b) les symptômes sont consignés et les mesures nécessaires sont prises immédiatement pour réduire la transmission, isoler les résidents et les mettre en groupe au besoin. Par. 102 (9) du Règl. de l'Ont. 246/22.

L'inspecteur ou l'inspectrice ordonne au titulaire de permis de respecter un ordre de conformité [al. 155(1)a) de la LRSLD (2021)] :

Le titulaire de permis doit s'assurer que :

1. La responsable de la prévention et du contrôle des infections (PCI), le ou la responsable des soutiens comportementaux et le directeur des soins infirmiers doivent élaborer et mettre en œuvre un plan ou une stratégie pour s'assurer que des mesures immédiates sont prises afin de prévenir la transmission des

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est
33, rue King West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

infections aux autres, en particulier un plan pour s'assurer qu'une personne résidente identifiée ou d'autres qui manifestent des comportements réactifs et qui sont symptomatiques reçoivent l'hygiène des mains ou une aide pour la pratiquer, sont encouragées à demeurer en isolement ou à porter de l'équipement de protection individuelle (p. ex., un masque), évitent le contact avec les autres personnes résidentes, dans la mesure du possible, et s'assurer que le personnel nettoie les surfaces souvent touchées derrière les personnes résidentes symptomatiques qui ne respectent pas les pratiques en matière de PCI. Le plan ou la stratégie doit être consigné et compris dans le programme de soins de la personne résidente.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé que ce des mesures immédiates soient prises afin de réduire la transmission de l'infection pendant une écloison déclarée de COVID-19.

Justification et résumé

Une inspection proactive de conformité a été réalisée. L'inspection sur la prévention et le contrôle des infections fait partie de l'inspection proactive de conformité.

Au cours de l'inspection proactive de conformité, le foyer de soins de longue durée a connu une écloison. L'écloison a été déclarée par le bureau de santé local.

La « Line Listing » [liste des cas] du titulaire de permis pour l'écloison a été passée en revue. Les documents indiquaient qu'une personne résidente identifiée était un cas au cours de l'écloison. Les documents indiquaient que la personne résidente avait été évaluée comme étant symptomatique et placée en isolement la même journée.

La personne résidente a été observée déambulant dans les aires pour les personnes résidentes du foyer, interagissant avec d'autres personnes résidentes et touchant des surfaces souvent touchées. La personne résidente a été observée comme présentant des symptômes d'infection sans pratiquer l'étiquette de la toux ni l'hygiène des mains. Le personnel n'a pas été observé comme encourageant ou aidant la personne résidente à porter de l'équipement de protection individuelle, à pratiquer l'hygiène des mains ou à retourner dans sa chambre. Ces préoccupations ont été abordées avec la responsable de la prévention et du contrôle des infections–infirmière auxiliaire autorisée (PCI-IAA), le directeur des soins infirmiers et l'administratrice, mais malgré cela, la personne résidente a continué à déambuler dans le foyer de soins de longue durée en présentant des symptômes d'infection et en interagissant avec d'autres personnes résidentes.

La responsable de la PCI-IAA, le directeur des soins infirmiers et l'administratrice ont confirmé que les personnes résidentes qui présentent des symptômes d'infection et font partie d'une écloison devraient être mises en isolement afin de prévenir la transmission des infections aux autres. La responsable de PCI-IAA a indiqué que le personnel craignait la personne résidente et que cela a probablement contribué à ce que 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 Centre-Est

33, rue King West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

personne résidente déambule librement dans le foyer de soins de longue durée sans que le personnel prenne les mesures afin de prévenir la transmission de l'infection aux autres.

Ne pas prendre de mesures immédiates lorsqu'une personne résidente manifestait des symptômes d'infection présentait des lacunes dans le programme de PCI du titulaire de permis, et cela a surtout mis les autres personnes résidentes à risque.

Sources : Examen de la « Line Listing » [liste des cas] du titulaire de permis, de la déclaration du bureau de santé, du dossier de santé clinique de la personne résidente; et entretiens avec la responsable de la PCI-IAA, le directeur des soins infirmiers et l'administratrice.

Le titulaire du permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 6 décembre 2024.

ORDRE DE CONFORMITÉ n° 003 Services d'hébergement – Obligations précises : propreté et bon état

Problème de conformité n° 024 – ordre de conformité aux termes de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 19 (2) c) de la LRSLD (2021)

Services d'hébergement

Par. 19 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

c) le foyer, l'ameublement et le matériel sont entretenus de sorte qu'ils soient sûrs et en bon état.

L'inspecteur ou l'inspectrice ordonne au titulaire de permis de respecter un ordre de conformité [al. 155(1)a) de la LRSLD (2021)] :

Le titulaire de permis doit s'assurer que :

1. Le chef ou la cheffe des services d'entretien, ou le directeur ou la directrice des services environnementaux, doit effectuer une vérification de toutes les fenêtres dans les chambres des personnes résidentes, les salles à manger, les salons et toute autre aire commune accessible aux personnes résidentes pour veiller à ce que les fenêtres soient dotées d'une manivelle ou d'un autre dispositif permettant d'ouvrir et de fermer la fenêtre. La vérification doit être consignée, y compris la date, l'heure, le numéro de chambre ou l'identifiant de la pièce (p. ex., le salon Kawartha), le nombre de fenêtres dans la pièce, et si les fenêtres sont dotées d'une manivelle. Il faut installer une manivelle à toute fenêtre n'en étant pas dotée qui est relevée. Les documents des vérifications et les mesures correctives prises doivent être consignés, conservés et remis immédiatement à l'inspectrice ou l'inspecteur qui en fait la demande.

2. Le chef ou la cheffe des services d'entretien, ou un fournisseur de service sous-traitant (au besoin), doit réparer ou remplacer le stratifié au poste de soins infirmiers nord, ainsi ce que celui qui se trouve sur

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 West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

l'appui des fenêtres ou qui les couvre dans un salon et une salle à manger déterminés. Des documents sur le moment où ces réparations sont faites doivent être tenus.

3. Le directeur ou la directrice des services environnementaux doit remplacer immédiatement les rideaux de séparation déchirés dans les chambres de personnes résidentes identifiées.

4. Le directeur ou la directrice des services environnementaux et l'administratrice doivent s'assurer qu'il y a toujours un approvisionnement suffisant de rideaux de séparation dans le foyer de soins de longue durée pour permettre le nettoyage des rideaux de séparation et leur remplacement, au besoin.

5. Le directeur ou la directrice des services environnementaux doit réaliser des vérifications hebdomadaires de tous les rideaux de séparation pour s'assurer qu'ils sont en bon état, et non déchirés ou effilochés. Les rideaux de séparation qui sont observés comme étant en mauvais état, déchirés ou effilochés doivent être réparés ou remplacés immédiatement. Les vérifications doivent être consignées, y compris la date, l'heure, la confirmation que tous les rideaux de séparation ont été vérifiés, la signature de la personne vérificatrice et toute mesure corrective prise. Les documents doivent être conservés et remis à l'inspectrice ou l'inspecteur qui en fait la demande.

6. L'administratrice, conjointement avec le directeur ou la directrice des services environnementaux, le chef ou la cheffe des services d'entretien, le directeur ou la directrice de l'environnement chez OMNI Quality Living, et un fournisseur de service sous-traitant (au besoin) doivent évaluer le mauvais état du béton ou de l'asphalte sur la terrasse, le seuil situé à une porte déterminée ainsi que la voie d'accès, et faire réparer ces aires. Les documents de la ou des date(s) des évaluations ainsi que des travaux réalisés doivent être conservés et remis immédiatement à l'inspectrice ou l'inspecteur qui en fait la demande.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer, et son matériel soient entretenus de sorte qu'ils soient sûrs et en bon état.

Justification et résumé

Une inspection proactive de conformité a été réalisée.

Au cours d'une visite et d'observations tout au long de l'inspection, ce qui suit a été observé :

- Fenêtres – des fenêtres dans une salle à manger, une salle d'activités et un salon n'étaient pas dotées de manivelles. Ces fenêtres ont été fabriquées pour s'ouvrir sur l'extérieur. Ces pièces sont considérées comme des zones accessibles aux personnes résidentes.

- Stratifié – le stratifié observé couvrant le poste des soins infirmiers et couvrant ou entourant les appuis

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 West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

de fenêtres dans un salon et une salle à manger était écorné ou absent. La surface observée sous le stratifié était poreuse et cela présente un risque en matière de prévention et de contrôle des infections lié à l'incapacité de nettoyer correctement la surface.

- Rideaux de séparation – les rideaux de séparation observés dans des chambres de personnes résidentes identifiées étaient déchirés.

- Terrasse extérieure – une terrasse observée présentait des aires qui étaient écaillées, craquées ou sans béton, ce qui présentait un risque de trébuchement et de chute. Des personnes résidentes et des membres de leurs familles ont été observés assis sur la terrasse pendant cette inspection.

- Entrée – il manquait du béton au seuil de la porte identifiée, ce qui présentait un risque de trébuchement et de chute. Des personnes résidentes et autres ont été observées entrant et sortant par cette porte.

- Voie d'accès – la voie d'accès pavée observée présentait des nids-de-poule, ce qui présentait un risque de trébuchement et de chute. Des personnes résidentes ont été observées alors qu'elles étaient amenées à l'extérieur et accédaient à la voie d'accès.

Les cartables des journaux de maintenance ont été passés en revue. L'examen n'a pas permis de déterminer les aires qui avaient besoin d'être réparées ou remplacées.

Le chef ou la cheffe des services d'entretien et le directeur ou la directrice des services environnementaux (DSE) ont indiqué ne pas avoir connaissance des préoccupations soulevées par l'inspectrice ou l'inspecteur. Le chef ou la cheffe des services d'entretien, le ou la DSI et l'administratrice n'étaient pas au courant de plans en place pour réparer les aires identifiées.

Ne pas entretenir le foyer et son matériel de sorte qu'ils soient sûrs et en bon état présentait un risque pour les personnes résidentes et les autres, et créait potentiellement une atmosphère de foyer déplaisante pour les personnes y résidant.

Sources : Observations; et entretiens avec le ou la DSE, le chef ou la cheffe des services d'entretien et l'administratrice.

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

ORDRE DE CONFORMITÉ N° 004 Portes dans le foyer

Problème de conformité n° 025 – ordre de conformité aux termes de la disposition 154 (1) 2. de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 12 (1) 3 du Règl. de l'Ont. 246/22.

Portes dans le foyer

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

33, rue King West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Par. 12 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au respect des règles suivantes : 3. Toutes les portes donnant sur les aires non résidentielles doivent être dotées de verrous pour empêcher leur accès non supervisé par les personnes résidentes. Elles doivent être gardées fermées et verrouillées quand elles ne sont pas supervisées par le personnel.

L'inspecteur ou l'inspectrice ordonne au titulaire de permis de respecter un ordre de conformité [al. 155(1)a) de la LRSLD (2021)] :

Le titulaire de permis doit s'assurer que :

1. L'administratrice, ou un ou une gestionnaire désigné(e), doit fournir une formation en personne aux personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP), aux infirmières auxiliaires autorisées et infirmiers auxiliaires autorisés (IAA), aux infirmières autorisées et infirmiers autorisés (IA), ainsi qu'au chef ou à la cheffe des services d'entretien concernant l'importance de garder toutes les portes donnant sur des aires non résidentielles fermées et verrouillées quand elles ne sont pas supervisées par le personnel. La formation doit être consignée et comprendre la date, l'heure, le nom et la signature des membres du personnel indiquant qu'ils ont reçu la formation, ainsi que leur reconnaissance et leur volonté à se conformer, le nom et la signature des formateurs, ainsi que le contenu de la formation fournie. Les documents doivent être conservés et remis immédiatement à l'inspectrice ou l'inspecteur qui en fait la demande.
2. L'administratrice doit fournir une communication à tous les membres du personnel concernant l'importance de s'assurer que toutes les portes donnant sur des aires non résidentielles sont fermées et verrouillées quand elles ne sont pas supervisées par le personnel. La communication doit être datée, conservée et remise immédiatement à l'inspectrice ou l'inspecteur qui en fait la demande.
3. L'administratrice, ou les gestionnaires désigné(e)s, doit effectuer des vérifications quotidiennes lors de « tous les quarts de travail » pendant quatre semaines, pour s'assurer que les portes donnant sur des aires non résidentielles sont fermées et verrouillées quand elles ne sont pas supervisées par le personnel. Si une lacune est relevée sur place, une mesure corrective doit être prise auprès de tout membre du personnel concerné. Les vérifications doivent être consignées et comprendre la date et l'heure de la vérification, le nom et le rôle de la personne effectuant la vérification, les portes donnant sur une aire non résidentielle qui ont été vérifiées et toute mesure corrective prise. Les documents doivent être conservés et remis immédiatement à l'inspectrice ou l'inspecteur qui en fait la demande.

Motifs

1. Le titulaire de permis ne s'est pas assuré que les portes donnant sur les aires non résidentielles étaient fermées et verrouillées lorsqu'elles n'étaient pas sous la surveillance du personnel.

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 West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Justification et résumé

Une inspection proactive de conformité a été réalisée.

Au cours d'une visite du foyer de soins de longue durée, et tout au long de l'inspection, les portes donnant sur une salle de baignoire à remous identifiée et sur une pièce de service et de lingerie ont été observées comme étant déverrouillées; le lendemain, la même salle de baignoire à remous était déverrouillée. La salle de baignoire à remous et la salle de service ont été observées sans surveillance du personnel et des personnes résidentes ont été observées déambulant au-delà des portes déverrouillées.

Une infirmière auxiliaire autorisée ou un infirmier auxiliaire autorisé (IAA) et le directeur ou la directrice des services environnementaux (DSE) ont indiqué que les portes donnant sur les aires non résidentielles devaient être gardées fermées et verrouillées quand elles ne sont pas surveillées par le personnel. Le ou la DSE a indiqué que le personnel avait désengagé le verrou de la salle de baignoire à remous.

Le directeur des soins infirmiers et l'administratrice ont confirmé que toutes les portes donnant sur les aires non résidentielles devaient être gardées fermées et verrouillées.

Ne pas veiller à ce que les portes donnant sur les aires non résidentielles restent fermées et verrouillées présentait un risque de préjudice pour les personnes résidentes.

Sources : Observations; et entretiens avec une ou un IAA, le directeur ou la directrice des services environnementaux, le directeur des soins infirmiers et l'administratrice.

2. Le titulaire de permis ne s'est pas assuré que toutes les portes donnant sur les aires non résidentielles étaient fermées et verrouillées lorsqu'elles n'étaient pas sous la surveillance du personnel.

Justification et résumé

Une inspection de suivi a été effectuée simultanément à l'inspection proactive de conformité.

Une porte observée donnant sur une aire non résidentielle était maintenue ouverte à l'aide d'une cale. La pièce observée n'était pas surveillée par le personnel et une personne résidente a été observée déambulant dans le couloir. La porte de la pièce était dotée d'un verrou sans clé.

Le lendemain, une porte observée donnant sur une aire non résidentielle était entrouverte. La pièce observée n'était pas surveillée par le personnel. La pièce est utilisée comme bureau de gestion. La porte de la pièce était dotée d'un verrou sans clé.

Le chef ou la cheffe des services d'entretien et l'administratrice ont indiqué que les pièces identifiées

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 West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

étaient des aires non résidentielles et ont confirmé que la porte de la pièce devait rester fermée et verrouillée lorsqu'elle n'était pas sous la surveillance du personnel.

Le directeur des soins infirmiers et l'administratrice ont confirmé que toutes les portes donnant sur des aires non résidentielles doivent être gardées fermées et verrouillées lorsqu'elles ne sont pas surveillées par le personnel.

Ne pas veiller à ce que les portes donnant sur les aires non résidentielles restent fermées et verrouillées présentait un risque de préjudice pour les personnes résidentes.

Sources : Observations; et entretiens avec le chef ou la cheffe des services d'entretien, le directeur des soins infirmiers et l'administratrice.

[Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 6 décembre 2024]

Un avis de pénalité administrative (APA) est délivré dans le cadre du présent avis écrit d'APA n° 001

AVIS DE PÉNALITÉ ADMINISTRATIVE (APA)

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

Avis de pénalité administrative (APA) n° 001

Lié à l'ordre de mise en conformité n° 004

Aux termes de l'article 158 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*, le titulaire de permis doit payer une pénalité administrative de 5500,00 \$ à verser dans les 30 jours suivant la date de la facture.

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

Historique de la conformité :

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

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

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 West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

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

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 West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

ORDRE DE MISE EN CONFORMITÉ N° 005 Système de communication bilatérale

Problème de conformité n° 026 – ordre de mise en conformité aux termes de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 20 e) du Règl. de l'Ont. 246/22

Système de communication bilatérale

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

e) il est disponible dans toute aire à laquelle ont accès les résidents.

L'inspecteur ou l'inspectrice ordonne au titulaire de permis de respecter un ordre de conformité [al.155 (1) a) de la LRSLD (2021)] :

Le titulaire de permis doit s'assurer que :

1. L'administratrice, conjointement avec le chef ou la cheffe des services d'entretien, le directeur ou la directrice des services environnementaux, le directeur ou la directrice de l'environnement d'OMNI Quality Living et un fournisseur de service sous-traitant (au besoin) s'assureront qu'il y a un système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel dans chaque aire accessible aux personnes résidentes et qu'il est conforme à la disposition 20 du Règl. de l'Ont. 246/22.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'il y ait un système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel dans chaque aire accessible aux personnes résidentes.

Justification et résumé

Une inspection proactive de conformité a été réalisée.

Au cours d'une visite du foyer de soins de longue durée, et tout au long de l'inspection, aucun système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel n'a été observé dans les aires identifiées du foyer. Des personnes résidentes ont été observées utilisant les trois espaces extérieurs.

Le directeur ou la directrice des services environnementaux (DSE) et l'administratrice ont confirmé que les aires identifiées étaient des aires accessibles aux personnes résidentes et utilisées par les personnes résidentes et leurs familles. Le chef ou la cheffe des services d'entretien, le ou la DSE et l'administratrice ont confirmé qu'il n'y avait aucun système de communication bilatérale utilisable dans ces aires.

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 West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Ne pas s'assurer qu'un système de communication bilatérale est disponible dans chaque aire du foyer accessible aux personnes résidentes présentait un risque de préjudice aux personnes résidentes en raison de l'incapacité à obtenir l'aide du personnel au besoin.

Sources : Observation; et entretiens avec le chef ou la cheffe des services environnementaux, le ou la DSE, le directeur des soins infirmiers et l'administratrice.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 31 décembre 2024.

ORDRE DE CONFORMITÉ N° 006 Température ambiante

Problème de conformité n° 027 – ordre de conformité aux termes de la disposition 154 (1) 2. de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 24 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Température ambiante

Par. 24 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que la température ambiante du foyer soit maintenue à au moins 22 degrés Celsius.

L'inspecteur ou l'inspectrice ordonne au titulaire de permis de respecter un ordre de conformité [al. 155(1)a) de la LRSLD (2021)] :

Le titulaire de permis doit s'assurer que :

1. Le titulaire de permis doit prendre des mesures immédiates pour s'assurer que la température ambiante du foyer de soins de longue durée est maintenue à au moins 22 degrés Celsius.
2. Le chef ou la cheffe des services d'entretien (si accrédité(e)), conjointement avec un fournisseur de service sous-traitant accrédité, doit inspecter le chauffage, la ventilation et la climatisation dans toutes les salles à manger, tous les salons et tous les couloirs entre les deux aires du foyer afin de déterminer s'il y a un problème empêchant que la température ambiante soit maintenue à au moins 22 degrés Celsius dans ces aires. Tout problème relevé au cours de l'inspection doit être réparé. L'inspection et toute réparation connexe doivent être consignées et conservées sur place. Les documents conservés doivent être remis immédiatement à l'inspectrice ou l'inspecteur qui en fait la demande.
3. Le chef ou la cheffe des services d'entretien inspectera toutes les fenêtres, ainsi que les portes dans les salles à manger et les salons pour s'assurer qu'elles sont colmatées correctement, et que le calfeutrage et les coupe-froid sont intacts afin d'empêcher les courants d'air qui pourraient potentiellement contribuer à ce que la température ambiante dans ces pièces ne soit pas maintenue à au moins 22 degrés Celsius. Cette inspection doit être consignée, y compris la date, tout problème relevé et corrigé. Les documents doivent être conservés et remis à l'inspectrice ou l'inspecteur qui en fait la demande.

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 West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

4. Le chef ou la cheffe des services d'entretien ménager, conjointement avec le directeur ou la directrice des services environnementaux et l'administratrice, doit mettre en œuvre un plan ou une stratégie pour s'assurer que les membres du personnel, autres que l'infirmière ou l'infirmier responsable–infirmière autorisée ou infirmier autorisé (IR-IA) ou l'équipe de direction, ne peuvent pas régler la température ambiante ou le commutateur de l'unité d'air de compensation. Ce plan ou cette stratégie doit être consigné et daté, doit indiquer ce qui a été fait pour empêcher les membres du personnel, autres que l'IR-IA et les membres de la direction, d'accéder aux thermostats et au commutateur de l'unité d'air de compensation, ainsi que les dates et les factures associées à toute mesure corrective prise relativement à la réparation ou aux achats. Les documents doivent être conservés et remis à l'inspectrice ou l'inspecteur qui en fait la demande.

5. Le directeur régional ou la directrice régionale des opérations pour OMNI Quality Living ou une personne désignée du siège social d'OMNI Quality Living, doit fournir une formation en personne à l'administratrice, au directeur ou à la directrice des services environnementaux ainsi qu'au chef ou à la cheffe des services d'entretien, concernant la disposition 24 du Règl. de l'Ont. 246/22 et la politique du titulaire de permis sur la température ambiante. La formation en personne doit être consignée, y compris la date, le nom et la signature de la personne formée et du formateur ou de la formatrice. Les documents doivent être conservés et remis à l'inspectrice ou l'inspecteur qui en fait la demande.

6. Le directeur des soins infirmiers ou un ou une gestionnaire désigné(e) doit communiquer de nouveau à tous les membres du personnel infirmier autorisé, y compris le personnel d'agence, la politique du titulaire de permis relative à la température ambiante. La communication doit être documentée, y compris la date et la plateforme utilisée pour communiquer la politique du titulaire de permis. Les documents doivent être conservés et remis à l'inspectrice ou l'inspecteur qui en fait la demande.

7. L'administratrice, conjointement avec le chef ou la cheffe des services d'entretien, le directeur ou la directrice des services environnementaux, le directeur des soins infirmiers ainsi que le directeur régional ou la directrice régionale des opérations, doit élaborer et mettre en œuvre un plan qui sera utilisé lorsque la température ambiante dans le foyer de soins de longue durée s'avère inférieure à 22 degrés Celsius. Le plan doit être communiqué avec toute personne responsable de mesurer et de noter la température ambiante. Le plan élaboré et sa communication doivent être consignés, y compris la date, l'heure et les personnes à qui le plan a été communiqué, ainsi que celles qui l'ont communiqué. Les documents doivent être conservés et remis à l'inspectrice ou l'inspecteur qui en fait la demande.

8. L'administratrice, ou le ou la gestionnaire désigné(e), doit faire des vérifications trois fois par jour, pendant la journée, le soir et la nuit, pour une période de deux semaines afin de s'assurer que la température ambiante dans les chambres des personnes résidentes, les salles à manger, les salons et les couloirs soit maintenue à au moins 22 degrés Celsius. Toute lacune relevée doit être immédiatement rectifiée pour s'assurer que la température ambiante est maintenue conformément aux exigences

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 West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

législatives. Les vérifications et toute mesure corrective prise doivent être conservées et remises immédiatement à l'inspectrice ou l'inspecteur qui en fait la demande.

9. Les températures ambiantes mesurées et notées doivent être passées en revue quotidiennement dans tous les rapports de changement de quart de travail et lors de la réunion quotidienne de la direction, du lundi au vendredi, pour une période de quatre semaines, afin de s'assurer que la température ambiante dans les chambres des personnes résidentes, les salles à manger, les salons et les couloirs soit maintenue à au moins 22 degrés Celsius. Toute lacune relevée doit être immédiatement rectifiée pour s'assurer que la température ambiante est maintenue conformément aux exigences législatives. Les documents sur les examens de la température ambiante dans les rapports des quarts de travail et les réunions de la direction doivent être conservés et remis immédiatement à l'inspectrice ou l'inspecteur qui en fait la demande.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la température du foyer de soins de longue durée soit maintenue à une température minimale d'au moins 22 degrés Celsius (C).

Justification et résumé

Une inspection proactive de conformité a été réalisée. Dans le cadre de l'inspection proactive de conformité, la température ambiante dans le foyer de soins de longue durée a été inspectée.

Au cours d'une visite du foyer de soins de longue durée, la température ambiante dans une salle à manger déterminée était de 21,9 degrés C et la température dans le salon Otonabee a été observée à 21 degrés C. Des personnes résidentes ont été observées en train de manger leur repas dans la salle à manger.

Le directeur ou la directrice des services environnementaux (DSE) et le chef ou la cheffe des services d'entretien (CSE) ont confirmé que la température dans le foyer de soins de longue durée doit être maintenue à au moins 22 degrés C. Le ou la DSE et le ou la CSE ont indiqué ne pas être au courant que la température ambiante dans les pièces était inférieure à 22 degrés C.

Ne pas maintenir la température du foyer de soins de longue durée à au moins 22 degrés C présentait de l'inconfort pour les personnes résidentes.

Sources : Observations; et entretien avec le chef ou la cheffe des services d'entretien et le directeur ou la directrice des services environnementaux.

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la température ambiante du foyer de soins de longue durée soit maintenue à au moins 22 degrés Celsius (C).

Justification et résumé

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

33, rue King West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Une inspection proactive de conformité a été réalisée. La température ambiante a été inspectée dans le cadre de l'inspection proactive de conformité.

La politique du titulaire de permis « Air Temperature » [température ambiante] et le « Building Temperature and Humidity Log » [journal de la température et de l'humidité ambiantes de l'immeuble] du titulaire de permis ont été passés en revue. Les documents ont permis de déterminer que la température ambiante du foyer n'était pas maintenue à au moins 22 degrés Celsius lors de plusieurs dates et heures, pendant une période déterminée. Les documents n'ont pas non plus permis de déterminer si des mesures correctives ont été prises lorsque la température ambiante a été mesurée et notée comme étant inférieure à 22 degrés C.

Le directeur ou la directrice des services environnementaux, le chef ou la cheffe des services d'entretien et le directeur ou la directrice de l'environnement chez OMNI Quality Living ont confirmé que selon les températures mesurées et notées, il y avait des lacunes dans le maintien du foyer de soins de longue durée à au moins 22 degrés C. L'administratrice a indiqué qu'elle ne savait pas que la température dans le foyer de soins de longue durée n'était pas maintenue à au moins 22 degrés C.

Ne pas maintenir la température du foyer de soins de longue durée à au moins 22 degrés C présentait de l'inconfort pour les personnes résidentes.

Sources : Observations; entretiens avec le ou la DSE, l'administratrice, le directeur des soins infirmiers, l'administratrice et le directeur ou la directrice de l'environnement d'OMNI Quality Living.

3. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la température ambiante du foyer de soins de longue durée soit maintenue à au moins 22 degrés Celsius (C).

Justification et résumé

Une inspection proactive de conformité a été effectuée simultanément à une inspection de suivi.

Tout au long de l'inspection proactive de conformité et de suivi, la température ambiante à l'intérieur du foyer de soins de longue est demeurée une préoccupation pour l'inspectrice ou l'inspecteur. Les températures ambiantes dans les aires identifiées du foyer n'étaient pas maintenues à au moins 22 degrés Celsius.

Des personnes résidentes qui résident dans le foyer de soins de longue durée ont été entendues se plaignant d'avoir froid. Des personnes résidentes ont été observées assises dans un salon avec des couvertures sur elles.

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 West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Les infirmières auxiliaires autorisées et infirmiers auxiliaires autorisés (IAA) ont indiqué que le foyer de soins de longue durée était « froid ».

Le chef ou la cheffe des services d'entretien a indiqué que le personnel avait tendance à « tripoter » les thermostats et le commutateur de la prise d'air, ce qui ajoutait aux difficultés de maintenir la température ambiante du foyer de soins de longue durée.

Ne pas maintenir la température du foyer de soins de longue durée à au moins 22 degrés C présentait de l'inconfort pour les personnes résidentes.

Sources : Observations; et entretien avec le directeur ou la directrice des services environnementaux.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 29 novembre 2024

ORDRE DE CONFORMITÉ N° 007 Soins de la peau et des plaies

Problème de conformité n° 028 – ordre de conformité aux termes de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 55 (2) b) (iv) du Règl. de l'Ont. 246/22

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 une personne autorisée visée au paragraphe (2.1), si cela s'impose sur le plan clinique.

L'inspecteur ou l'inspectrice ordonne au titulaire de permis de respecter un ordre de conformité [al. 155(1)a) de la LRSLD (2021)] :

Le titulaire de permis doit s'assurer que :

1. Le directeur des soins infirmiers, ou la cheffe ou le chef des services infirmiers désigné(e), doit fournir une formation en personne aux infirmières auxiliaires autorisées ou infirmiers auxiliaires autorisés (IAA) et infirmières autorisées ou infirmiers autorisés (IA) identifiés concernant l'évaluation et la surveillance des personnes résidentes dont on a déterminé qu'elles présentaient une altération de l'intégrité épidermique. La formation en personne doit inclure la manière d'évaluer une personne résidente présentant une altération de l'intégrité épidermique et les documents de l'évaluation, y compris une description de l'endroit ou de la plaie concerné(e), de la peau autour de la plaie, du drainage, de l'odeur, des mesures, notamment la longueur, la largeur, la profondeur, et tout affaiblissement ou creusement. La formation doit comprendre les étapes à suivre si le plan de traitement doit être passé en revue et réévalué.

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 West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

La formation doit être consignée et comprendre la date de la formation, le nom et la signature de la personne formée et du formateur ou de la formatrice, ainsi que le contenu de la formation. Les documents doivent être conservés et remis à l'inspectrice ou l'inspecteur qui en fait la demande.

2. Le directeur des soins infirmiers ou la cheffe ou le chef des services infirmiers, conjointement avec le représentant ou la représentante d'OMNI Quality Living, doit s'assurer que tous les membres du personnel infirmier autorisé, y compris le personnel infirmier autorisé d'agence, ont reçu la formation en personne sur l'utilisation du dispositif électronique et son logiciel utilisés pour évaluer et documenter les altérations de l'intégrité épidermique. La formation doit être consignée et conservée, y compris la date à laquelle la formation a été fournie et le nom des membres du personnel formés, ainsi que le nom du formateur ou de la formatrice. Les documents doivent être remis immédiatement à l'inspectrice ou l'inspecteur qui en fait la demande.

3. Le directeur des soins infirmiers, ou la cheffe ou le chef des services infirmiers, doit effectuer des vérifications hebdomadaires de toutes les personnes résidentes qui présentent une altération de l'intégrité épidermique, y compris des rougeurs, des contusions, des déchirures et des blessures de pression, pour s'assurer que chaque personne résidente présentant une altération de l'intégrité épidermique identifiée soit évaluée au moins une fois par semaine et que cette évaluation comprenne une description de la blessure, de la peau qui l'entoure et ses mesures. Les vérifications doivent être effectuées de façon hebdomadaire pendant quatre semaines et comprendre la date de la vérification, le nom de la personne résidente, l'évaluation qui est vérifiée et toute mesure corrective prise par le personnel. Les documents doivent être conservés et remis à l'inspectrice ou l'inspecteur qui en fait la demande.

Motifs

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

Justification et résumé

Une inspection proactive de conformité a été réalisée. Dans le cadre de l'inspection proactive de conformité, la prévention et la prise en charge des soins de la peau et des plaies du titulaire de permis ont été inspectées.

Une personne résidente a été identifiée comme présentant une altération de l'intégrité épidermique. Le dossier de santé clinique de la personne résidente a été passé en revue. Les documents n'ont pas permis de déterminer si la personne résidente avait été réévaluée au moins une fois par semaine pendant une période déterminée.

Une infirmière auxiliaire autorisée ou un infirmier auxiliaire autorisé (IAA), le coordonnateur ou la coordonnatrice de l'évaluation RAI, le coordonnateur ou la coordonnatrice des soins cliniques et le

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 West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Le directeur des soins infirmiers ont confirmé que l'altération de l'intégrité épidermique de la personne résidente n'avait pas été réévaluée chaque semaine, conformément aux politiques Healthy Living [mode de vie sain] et Healthy Skin [peau saine] du titulaire de permis. Le coordonnateur ou la coordonnatrice des soins cliniques et le directeur des soins infirmiers ont indiqué ne pas être au courant que les altérations de l'intégrité épidermique des personnes résidentes du foyer n'avaient pas été évaluées au moins une fois par semaine par le personnel infirmier autorisé.

Ne pas s'assurer que la personne résidente qui présente une altération de l'intégrité épidermique soit réévaluée au moins une fois par semaine a mis la personne résidente à risque de préjudice et présentait des lacunes dans les soins et services relatifs à la prévention et à la prise en charge des soins de la peau et des plaies.

Sources : Examen du dossier de santé clinique de la personne résidente, des politiques Healthy Living, Healthy Skin [mode de vie sain, peau saine] du titulaire de permis, en particulier « Skin Care and Pressure Injury Management » [soins de la peau et prise en charge des blessures de pression], « Wound Assessment and Documentation » [évaluation des plaies et documentation]; et entretien avec une ou un IAA, le ou la C-RAI, le coordonnateur ou la coordonnatrice des soins cliniques et le directeur des soins infirmiers.

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les personnes résidentes présentant une altération de l'intégrité épidermique soient réévaluées au moins une fois par semaine.

Justification et résumé

Une inspection proactive de conformité a été réalisée. Dans le cadre de l'inspection proactive de conformité, la prévention et la prise en charge des soins de la peau et des plaies du titulaire de permis ont été inspectées.

Une personne résidente a été identifiée comme présentant une altération de l'intégrité épidermique. Le dossier de santé clinique de la personne résidente a été passé en revue. Les documents n'ont pas permis de déterminer si la personne résidente avait été réévaluée au moins une fois par semaine pendant une période déterminée.

Une infirmière auxiliaire autorisée ou un infirmier auxiliaire autorisé (IAA), le coordonnateur ou la coordonnatrice de l'évaluation RAI, le coordonnateur ou la coordonnatrice des soins cliniques et le directeur des soins infirmiers ont confirmé que la personne résidente n'avait pas été réévaluée chaque semaine, conformément aux politiques Healthy Living [mode de vie sain] et Healthy Skin [peau saine] du titulaire de permis. Le coordonnateur ou la coordonnatrice des soins cliniques et le directeur des soins infirmiers ont indiqué ne pas être au courant que la personne résidente présentant des altérations 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 West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

l'intégrité épidermique n'avait pas été évaluée au moins une fois par semaine par le personnel infirmier autorisé.

Ne pas s'assurer que la personne résidente qui présente une altération de l'intégrité épidermique soit réévaluée au moins une fois par semaine a mis la personne résidente à risque de préjudice et présentait des lacunes dans les soins et services relatifs à la prévention et à la prise en charge des soins de la peau et des plaies.

Sources : Examen du dossier de santé clinique de la personne résidente, des politiques Healthy Living, Healthy Skin [mode de vie sain, peau saine] du titulaire de permis, en particulier « Skin Care and Pressure Injury Management » [soins de la peau et prise en charge des blessures de pression], et « Wound Assessment and Documentation » [évaluation des plaies et documentation]; et entretien avec une ou un IAA, le ou la C-RAI, le coordonnateur ou la coordonnatrice des soins cliniques et le directeur des soins infirmiers.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 6 décembre 2024.

ORDRE DE CONFORMITÉ n° 008 Programmes de soins alimentaires et d'hydratation

Problème de conformité n° 029 – ordre de conformité aux termes de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 74 (2) e) (i) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Programmes de soins alimentaires et d'hydratation

Par. 74 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les programmes comprennent ce qui suit :

- e) un système de surveillance du poids pour mesurer et consigner à l'égard de chaque résident :
- (i) son poids à son admission et tous les mois par la suite.

L'inspecteur ou l'inspectrice ordonne au titulaire de permis de respecter un ordre de conformité [al. 155(1)a) de la LRSLD (2021)] :

Le titulaire de permis doit s'assurer que :

1. Le diététiste professionnel ou la diététiste professionnelle (Dt. P.) doit évaluer les personnes résidentes identifiées relativement à leur poids mesuré actuel.
2. Le directeur des soins infirmiers ou un ou une gestionnaire désigné(e) doit s'assurer que le personnel de première ligne mesure et note le poids mensuel des personnes résidentes identifiées lors du premier jour

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 West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

de bain du mois. Si les personnes résidentes ne peuvent pas être pesées, s'assurer que les documents précisent pourquoi le poids ne peut pas être pris et une réévaluation des stratégies de remplacement afin d'obtenir le poids des personnes résidentes.

3. Le directeur ou la directrice des soins nutritionnels ou le ou la gestionnaire désigné(e) doit former le personnel de PSSP dans l'aire de résidence du foyer déterminée sur la manière de noter les refus de soins ou le fait que les personnes résidentes ne sont pas disponibles pour la pesée. Consigner la date à laquelle la formation est fournie, les noms et les postes des membres du personnel qui y ont participé, et du ou de la membre du personnel qui a fourni la formation.

4. Le directeur ou la directrice des soins nutritionnels ou le ou la gestionnaire désigné(e) doit former le personnel autorisé d'une aire de résidence du foyer déterminée sur la manière de saisir électroniquement le poids de la personne résidente avant le 15 de chaque mois, de passer en revue les données sur le poids, et de déterminer les gains ou les pertes qui indiquent un changement de deux kilogrammes ou plus par rapport au mois précédent et d'attribuer une nouvelle pesée, conformément à la politique du foyer Measuring and Monitoring Resident Height and Weight [mesurer et surveiller la taille et le poids d'une personne résidente]. Consigner la date à laquelle la formation est fournie, les noms et les postes des membres du personnel qui y ont participé, et du ou de la membre du personnel qui a fourni la formation.

5. L'administratrice doit superviser le directeur ou la directrice des soins nutritionnels, le diététiste professionnel ou la diététiste professionnelle et le directeur des soins infirmiers concernant la politique du titulaire de permis Measuring and Monitoring Resident Height and Weight [mesurer et surveiller la taille et le poids d'une personne résidente] sur la procédure pour peser une personne résidente et suivre son poids et ses changements de poids.

Motifs

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le poids d'une personne résidente soit évalué et consigné chaque mois.

Justification et résumé

Pendant l'inspection proactive de conformité, l'inspectrice ou l'inspecteur a passé en revue une personne résidente, dans le cadre de l'observation d'un service de repas.

Un examen du dossier clinique de la personne résidente a permis de déterminer des incohérences entre le poids mesuré et consigné.

La politique du titulaire de permis indique que chaque personne résidente doit être pesée lors du premier jour de bain du mois par la personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) dans une fiche de journal et que le poids doit être noté électroniquement par le personnel infirmier autorisé avant le 15 de chaque mois. Les données sur le poids seront passées en revues chaque mois par le directeur ou 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 Centre-Est

33, rue King West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

directrice des soins nutritionnels.

Lors d'entretiens, le diététiste professionnel ou la diététiste professionnelle a indiqué qu'il est exigé que chaque personne résidente soit pesée chaque mois et que les poids soient consignés dans les dossiers cliniques des personnes résidentes. Lors d'un entretien, le DSI a confirmé qu'il était incapable de trouver le poids mensuel consigné dans PCC à des dates déterminées.

Le programme de soins de la personne résidente indiquait que l'état nutritionnel était identifié comme étant à risque par rapport au diagnostic et à la consommation de la personne résidente.

Ne pas s'assurer que le poids d'une personne résidente soit mesuré et noté chaque mois a mis la personne résidente à risque accru, puisque la personne résidente était évaluée comme étant à risque nutritionnel.

Sources : Dossier clinique et programme de soins d'une personne résidente, politique du titulaire de permis « Measuring and Monitoring Resident Height and Weight » [mesurer et surveiller la taille et le poids d'une personne résidente], et entretiens avec une PSSP, une ou un IAA, le ou la Dt. P., le coordonnateur ou la coordonnatrice RAI, le directeur ou la directrice des soins nutritionnels et le DSI.

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le poids d'une personne résidente soit évalué et consigné chaque mois.

Justification et résumé

Pendant l'inspection proactive de conformité, l'inspectrice ou l'inspecteur a passé en revue une personne résidente, dans le cadre de l'observation d'un service de repas.

Un examen du dossier clinique de la personne résidente indiquait des incohérences dans la documentation du poids de la personne résidente pour une période déterminée.

La politique du titulaire de permis indiquait que chaque personne résidente doit être pesée lors du premier jour de bain du mois par la PSSP dans une fiche de journal et que le poids doit être noté électroniquement par le personnel infirmier autorisé avant le 15 de chaque mois. Les données sur le poids seront passées en revues chaque mois par le directeur ou la directrice des soins nutritionnels.

Lors d'entretiens, le ou la Dt. P. a indiqué qu'il est exigé que les personnes résidentes soient pesées chaque mois et que les poids soient consignés dans les dossiers cliniques des personnes résidentes. Au cours d'un entretien, le DSI a confirmé qu'il était incapable de trouver un poids déterminé.

L'état nutritionnel de la personne résidente dans le programme de soins indiquait que la personne résidente avait été évaluée comme étant à risque nutritionnel. L'état nutritionnel a une incidence ou une possible incidence en raison de son diagnostic et de sa consommation.

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 West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Ne pas s'assurer que le poids d'une personne résidente soit mesuré et noté chaque mois a mis la personne résidente à risque accru.

Sources : Dossier clinique et programme de soins d'une personne résidente, politique du titulaire de permis « Measuring and Monitoring Resident Height and Weight » [mesurer et surveiller la taille et le poids d'une personne résidente], et entretiens avec une PSSP, une ou un IAA, le ou la Dt. P., le coordonnateur ou la coordonnatrice RAI, le directeur ou la directrice des soins nutritionnels et le DSI.

3. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le poids d'une personne résidente soit évalué et consigné chaque mois.

Justification et résumé

Pendant l'inspection proactive de conformité, l'inspectrice ou l'inspecteur a passé en revue une personne résidente, dans le cadre de l'observation d'un service de repas.

Un examen du dossier clinique de la personne résidente indiquait des incohérences dans la documentation du poids pour une période déterminée.

La politique du titulaire de permis indiquait que chaque personne résidente doit être pesée lors du premier jour de bain du mois par la PSSP dans une fiche de journal et que le poids doit être noté électroniquement par le personnel infirmier autorisé avant le 15 de chaque mois. Les données sur le poids seront passées en revues chaque mois par le directeur ou la directrice des soins nutritionnels.

Lors d'entretiens, le ou la Dt. P. a indiqué qu'il est exigé que les personnes résidentes soient pesées chaque mois et que les poids soient consignés dans les dossiers cliniques des personnes résidentes. Lors d'un entretien, le DSI a confirmé qu'il était incapable de trouver le poids mensuel pour une période déterminée.

L'état nutritionnel de la personne résidente dans le programme de soins indiquait que la personne résidente avait été évaluée comme étant à risque nutritionnel. L'état nutritionnel a une incidence ou une possible incidence en raison de son diagnostic et de sa consommation.

Ne pas veiller à ce que le poids de la personne résidente soit mesuré et noté chaque mois a mis la personne résidente à risque accru.

Sources : Dossier clinique et programme de soins d'une personne résidente, politique du titulaire de permis « Measuring and Monitoring Resident Height and Weight » [mesurer et surveiller la taille et le poids d'une personne résidente], et entretiens avec une PSSP, une ou un IAA, le ou la Dt. P., le coordonnateur ou la coordonnatrice RAI, le directeur ou la directrice des soins nutritionnels et le DSI.

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

District du Centre-Est
33, rue King West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 27 décembre 2024.

ORDRE DE CONFORMITÉ n° 009 Programme de prévention et de contrôle des infections

Problème de conformité n° 030 – ordre de conformité aux termes de la disposition 154 (1) 2 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. Par. 102 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22.

L'inspecteur ou l'inspectrice ordonne au titulaire de permis de respecter un ordre de conformité [al. 155(1)a) de la LRSLD (2021)] :

Le titulaire de permis doit s'assurer que :

1. La responsable de la prévention et du contrôle des infections doit fournir une formation en personne relativement à l'hygiène des mains aux personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP) identifiées et à un ou une aide alimentaire. La formation doit être consignée, y compris la date, l'heure, le nom et la signature de la personne formée et du formateur ou de la formatrice, ainsi que le contenu de la formation. Les documents doivent être conservés et remis immédiatement à l'inspectrice ou l'inspecteur qui en fait la demande.
2. La responsable de la PCI doit fournir une formation en personne à une PSSP identifiée en ce qui concerne l'aide aux personnes résidentes pour pratiquer l'hygiène des mains et la pratique de l'hygiène des mains autonome avant de toucher la personne résidente ou son environnement et après l'avoir fait (les quatre moments de l'hygiène des mains). La formation doit être consignée, y compris la date, l'heure, le nom et la signature de la personne formée et du formateur ou de la formatrice, ainsi que le contenu de la formation. Les documents doivent être conservés et remis immédiatement à l'inspectrice ou l'inspecteur qui en fait la demande.
3. La responsable de la PCI ou les gestionnaires désignés doivent effectuer des vérifications non annoncées de l'hygiène des mains, qui doivent notamment inclure les PSSP et l'aide alimentaire identifiées, lors de tous les quarts de travail pendant quatre semaines. Les vérifications doivent être consignées et comprendre la date, l'heure, les membres du personnel faisant l'objet de la vérification et leur rôle, la personne vérificatrice, le résultat de la vérification et toute mesure corrective prise. Les

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 West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

vérifications doivent être consignées, conservées et remises à l'inspectrice ou l'inspecteur qui en fait la demande.

Motifs

Le titulaire du permis n'a pas veillé au respect des normes ou des protocoles que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections.

Selon la disposition 9.1 de la « Norme de prévention et de contrôle des infections pour les foyers de soins de longue durée », révisée en septembre 2023, le titulaire du permis doit s'assurer que les pratiques courantes et les précautions supplémentaires sont suivies dans le cadre du programme de prévention et de contrôle des infections, en particulier l'hygiène des mains, y compris notamment les quatre moments de l'hygiène des mains (avant le contact initial avec le résident ou son environnement, avant toute procédure aseptique, après le risque d'exposition à un liquide corporel et après le contact avec le résident ou son environnement).

Justification et résumé

Une inspection proactive de conformité a été effectuée simultanément à une inspection de suivi. Les deux inspections comprennent un volet de prévention et de contrôle des infections.

Ce qui suit a été observé :

- Une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) a été observée sortant de la chambre d'une personne résidente en poussant une personne résidente dans son aide à la mobilité; la PSSP portait des gants. La PSSP a ensuite été observée entrant dans la chambre d'une autre personne résidente sans d'abord enlever ses gants ni pratiquer l'hygiène des mains.

- Une PSSP a été observée dans la salle à manger en train d'aider une personne résidente avec l'hygiène des mains, la PSSP est ensuite allée au chariot des boissons, pour y prendre une tasse à café et verser une boisson; la PSSP a ensuite aidé une autre personne résidente avec l'hygiène des mains, après quoi elle est retournée au chariot à boissons pour y prendre une tasse à café et verser une boisson; la PSSP a ensuite aidé une autre personne résidente avec l'hygiène des mains, après quoi elle est retournée au chariot à boissons pour y prendre une tasse à café et verser une boisson; puis la PSSP a aidé une autre personne résidente avec l'hygiène des mains, a installé le tablier pour protéger le chandail de la personne résidente, lui a fait un câlin et est retournée au chariot à boissons. La PSSP n'a pas pratiqué l'hygiène des mains avant ni après un contact avec les personnes résidentes et leur environnement.

- Un ou une aide alimentaire a été observé(e) en train d'aider une personne résidente à installer et attacher un tablier pour protéger son chandail; l'aide alimentaire est ensuite retourné(e) à son chariot de repas, a pris un bol et a servi la nourriture à une autre personne résidente. L'aide alimentaire n'a pas pratiqué l'hygiène des mains après le contact avec la personne résidente et son environnement.

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 West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Au cours d'observations déterminées, le foyer de soins de longue durée a été déclaré comme faisant l'objet d'une éclosion.

Les PSSP et l'aide alimentaire ont indiqué leur connaissance des « quatre moments de l'hygiène des mains ».

La responsable de la prévention et du contrôle des infections–infirmière auxiliaire autorisée (PCI-IAA), le coordonnateur ou la coordonnatrice des soins cliniques et le directeur des soins infirmiers ont confirmé que les PSSP et l'aide alimentaire n'avaient pas pratiqué l'hygiène des mains avant et après un contact avec une personne résidente et son environnement.

Ne pas s'assurer que le personnel pratique l'hygiène des mains avant et après un contact avec une personne résidente et son environnement présentait un risque pour les personnes résidentes, en particulier relativement à la transmission de l'infection.

Sources : Observations; et entretiens avec des PSSP, un ou une aide alimentaire, la responsable de la PCI-IAA, le coordonnateur ou la coordonnatrice des soins cliniques, le directeur ou la directrice des soins nutritionnels et le directeur des soins infirmiers.

[Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 15 novembre 2024

Un avis de pénalité administrative (APA) est délivré dans le cadre du présent avis écrit d'APA n° 002

AVIS DE PÉNALITÉ ADMINISTRATIVE (APA)

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

Avis de pénalité administrative (APA) n° 002

Lié à l'ordre de mise en conformité n° 009

Aux termes de l'article 158 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*, le titulaire de permis doit payer une pénalité administrative de 5500,00 \$, à verser dans les 30 jours suivant la date de la facture.

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

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est
33, rue King West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

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 West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Historique de la conformité :

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

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

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

ORDRE DE CONFORMITÉ n° 010 Système de gestion des médicaments

Problème de conformité n° 031 – ordre de conformité aux termes de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 123 (3) a) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Système de gestion des médicaments

Par. 123 (3) Les politiques et protocoles écrits doivent:

a) être élaborés, mis en œuvre, évalués et mis à jour conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises.

L'inspecteur ou l'inspectrice ordonne au titulaire de permis de respecter un ordre de conformité [al. 155 (1) a) de la LRSLD (2021)] :

Le titulaire de permis doit s'assurer que :

1. Le directeur des soins infirmiers ou la cheffe ou le chef des services infirmiers désigné(e) communiquera les politiques du titulaire de permis relatives à l'hypoglycémie et aux congés avec médicaments à tout le personnel infirmier autorisé, y compris le personnel d'agence. La date de la communication et la plateforme de communication utilisée seront consignées, conservées et remises immédiatement à l'inspectrice ou l'inspecteur qui en fait la demande.

Motifs

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que ses politiques écrites relatives aux systèmes de gestion des médicaments soient respectées.

Selon la disposition 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, lorsque la Loi ou le présent règlement l'exige, le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée doit veiller à ce qu'il ait, établisse ou par ailleurs mette en place un programme, un plan, une politique, un protocole, une marche à suivre, une stratégie ou un système, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que ceux-ci soient respectés.

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 West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Justification et résumé

Une inspection proactive de conformité a été réalisée. Dans le cadre de l'inspection proactive de conformité, le système de gestion des médicaments a été inspecté.

Les incidents liés aux médicaments du dernier trimestre ont été passés en revue. Un incident lié aux médicaments a permis de déterminer qu'une personne résidente avait été évaluée comme présentant un changement de son état et avait reçu un médicament d'urgence.

La politique « Treatment of Hypoglycemia » [traitement de l'hypoglycémie] du titulaire de permis indique : « Les objectifs du traitement de l'hypoglycémie sont de déceler et de traiter rapidement un faible taux de glycémie au moyen d'une intervention qui fournit l'augmentation la plus rapide du glucose sanguin à un taux sécuritaire, réduisant ou éliminant par conséquent le risque de blessure, ainsi que pour soulager rapidement les symptômes tout en évitant un surtraitement ou une hypoglycémie de rebond. » [traduction] La politique indique au personnel infirmier autorisé de traiter rapidement les symptômes d'hypoglycémie en suivant les recommandations de la politique.

Le dossier de santé clinique de la personne résidente a été passé en revue. Les documents indiquaient que la personne résidente avait subi un incident à des dates déterminées. Les documents passés en revue n'ont pas permis de déterminer si les IAA avaient respecté la politique « Treatment of Hypoglycemia » [traitement de l'hypoglycémie] du titulaire de permis.

Le directeur des soins infirmiers a confirmé que les infirmières auxiliaires autorisées ou infirmiers auxiliaires autorisés (IAA) n'avaient pas suivi la politique du titulaire de permis.

Ne pas veiller à ce que les politiques sur le système de gestion des médicaments du titulaire de permis soient respectées présentait un risque pour une personne résidente et a possiblement contribué aux incidents.

Sources : Examen des incidents liés aux médicaments du dernier trimestre, d'un incident lié aux médicaments déterminé, de la politique « Treatment of Hypoglycemia » [traitement de l'hypoglycémie] du titulaire de permis; et entretiens avec une ou un IA et le directeur des soins infirmiers.

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que ses politiques écrites relatives aux systèmes de gestion des médicaments soient respectées.

Selon la disposition 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, lorsque la Loi ou le présent règlement l'exige, le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée doit veiller à ce qu'il ait, établisse ou par ailleurs mette en place un programme, un plan, une politique, un protocole, une marche à suivre, une stratégie ou un système, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que ceux-ci soient respectés.

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 West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Justification et résumé

Une inspection proactive de conformité a été réalisée. Dans le cadre de l'inspection proactive de conformité, les systèmes de gestion des médicaments sont passés en revue.

La politique du titulaire de permis « Ordering Medications for Leave of Absence » [commander des médicaments en vue d'un congé] indique que pour s'assurer de la continuité des soins d'une personne résidente, un approvisionnement suffisant de ses médicaments sera envoyé pendant son congé. Pour un congé imprévu de courte durée, des médicaments seront fournis par le personnel infirmier autorisé à l'aide de l'approvisionnement actuel des médicaments présent au foyer de soins de longue durée. L'infirmière ou l'infirmier doit passer en revue les médicaments pour le congé et le mode d'emploi avec la personne résidente ou la partie responsable.

Les incidents liés aux médicaments du dernier trimestre ont été passés en revue. Un incident lié aux médicaments identifié indiquait que le ou la mandataire spécial(e) d'une personne résidente avait emmené la personne résidente hors du foyer de soins de longue durée pour un congé. Les documents indiquaient qu'une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé (IA) avait fourni un médicament déterminé à administrer à la personne résidente pendant son congé. Les documents indiquaient que le ou la mandataire avait contacté l'IA pour l'informer qu'il ou elle était incapable de fournir le dosage prescrit à la personne résidente, puisqu'une quantité insuffisante de médicament avait été envoyée à la personne résidente et à son ou sa mandataire.

Le directeur des soins infirmiers a confirmé que la politique du titulaire de permis n'avait pas été respectée par l'IA et a confirmé que cela avait conduit à un incident lié aux médicaments.

Ne pas s'assurer que la politique sur les systèmes de gestion des médicaments du titulaire de permis soit respectée relativement à l'envoi de médicaments à une personne résidente en congé présentait un risque de préjudice pour une personne résidente diabétique.

Sources : Examen du dossier clinique d'une personne résidente, de la politique du titulaire de permis « Ordering Medications for Leave of Absence » [commander des médicaments en vue d'un congé], d'un incident lié aux médicaments déterminé; et entretiens avec une ou un IA et le directeur des soins infirmiers.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 6 décembre 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 Centre-Est
33, rue King West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

ORDRE DE CONFORMITÉ N° 011 Incidents liés à des médicaments et réactions indésirables à des médicaments

Problème de conformité n° 032 – ordre de conformité aux termes de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : La disposition 147 (2) a) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Incidents liés à des médicaments et réactions indésirables à des médicaments

Par. 147 (2) Outre l'exigence prévue à l'alinéa (1) a), le titulaire de permis veille à ce qui suit :

a) l'ensemble des incidents liés à des médicaments, incidents d'hypoglycémie sévère, incidents d'hypoglycémie ne répondant pas à un traitement, réactions indésirables à des médicaments et utilisations de glucagon sont documentés, examinés et analysés.

L'inspecteur ou l'inspectrice ordonne au titulaire de permis de respecter un ordre de conformité [al. 155 (1) a) de la LRSLD (2021)] :

Le titulaire de permis doit s'assurer que :

1. Le directeur des soins infirmiers ou une cheffe ou un chef des services infirmiers désigné(e) doit immédiatement passer en revue tous les incidents liés aux médicaments qui n'ont pas encore été examinés pour 2024, puis élaborer et mettre en œuvre un plan de mesures correctives à prendre afin de minimiser le risque de récurrence. L'examen et les mesures correctives prises doivent être consignés, conservés et remis immédiatement à l'inspectrice ou l'inspecteur qui en fait la demande.

2. Le directeur des soins infirmiers ou une cheffe ou un chef des services infirmiers désigné(e) doit présenter une analyse des incidents liés aux médicaments par trimestre pour 2024 au directeur médical ou à la directrice médicale, au conseiller ou à la conseillère en pharmacologie et à l'administratrice pendant la réunion trimestrielle du comité consultatif du médecin ainsi qu'au personnel infirmier autorisé lors des réunions sur la pratique des soins infirmiers. Les documents sur cette analyse et l'examen doivent être conservés et remis immédiatement à l'inspectrice ou l'inspecteur qui en fait la demande.

Motifs

Le titulaire de permis ne s'est pas assuré que tous les incidents liés aux médicaments soient passés en revue et analysés.

Justification et résumé

Une inspection proactive de conformité a été réalisée. Dans le cadre de l'inspection proactive de conformité, la gestion des médicaments et le système sont examinés, en particulier les incidents liés aux médicaments.

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 West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Les incidents liés aux médicaments du dernier trimestre ont été passés en revue. Les documents n'ont pas permis de déterminer si les incidents liés aux médicaments avaient été passés en revue et analysés de façon constante.

Le directeur des soins infirmiers a indiqué qu'il avait des priorités concurrentes et a confirmé que les incidents liés aux médicaments n'avaient pas été passés en revue et analysés.

Ne pas passer en revue et analyser les incidents liés aux médicaments, en particulier chez impliquant des personnes résidentes, présentait un risque pour les personnes résidentes, des lacunes dans les soins et services, ainsi des retards dans la gestion du rendement du personnel.

Sources : Examen du cartable sur les incidents liés aux médicaments, d'incidents liés aux médicaments déterminés, de la politique « Medication Incident Reporting » [rapports sur les incidents liés aux médicaments] du titulaire de permis; et entretiens avec le coordonnateur ou la coordonnatrice des soins cliniques et le directeur des soins infirmiers.

Le titulaire du permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 31 décembre 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 Centre-Est

33, rue King West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

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.

La demande écrite de révision doit comprendre :

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

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

Directeur

a/s du coordonnateur des appels
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée
Ministère des Soins de longue durée
438, avenue University, 8^e étage
Toronto (Ontario) M7A 1N3
courriel : MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca

Si la signification se fait :

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

Si une copie de la décision du directeur n'est pas signifiée au titulaire de permis dans les 28 jours suivant la réception de la demande de réexamen présentée par le titulaire de permis, le ou les présents ordres et le présent avis de pénalité administrative sont réputés confirmés par le directeur et, aux fins d'un appel

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 West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

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^e étage
Toronto (Ontario) M5S 1S4

Directeur

a/s du coordonnateur des appels
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée
Ministère des Soins de longue durée
438, avenue University, 8^e étage
Toronto (Ontario) M7A 1N3
courriel : MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca

Dès réception, la CARSS accusera réception de votre avis d'appel et vous fournira des instructions concernant la procédure d'appel et d'audience. Le titulaire de permis peut en savoir plus sur la CARSS en consultant le site Web www.hsarb.on.ca.