

Rapport public initial

Date d'émission du rapport : 21 novembre 2024.

Numéro d'inspection : 2024-1819-0006

Type d'inspection :

Plainte

Incident critique

Titulaire de permis : CVH (n° 7) LP par son associé commandité, Southbridge Care Homes (société en commandite, par son associé commandité Southbridge Health Care GP Inc.)

Foyer de soins de longue durée et ville : Southbridge Kemptville, Kemptville

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 22, 23, 24, 25, 28, 30 et 31 octobre, et 4, 5, 6, 7, 8, 12, 13 et 14 novembre 2024.

L'inspection concernait :

- les registres relatifs aux plaintes n° 00124889, n° 00126048 et n° 00129040 – manque de fournitures et de produits pour incontinence dans le foyer;
- les registres relatifs aux plaintes n° 00127481 et n° 00129609 – disponibilité de fournitures et de produits pour incontinence pour une personne résidente déterminée;
- le registre relatif à l'incident critique n° 00129061 – (IC n° 3060-000052-24) – cas allégué de mauvais traitements d'une personne résidente de la part d'un membre du personnel;
- le registre relatif à une plainte n° 00130564 – préoccupations relatives aux relations entre les personnes résidentes et le personnel;
- le registre relatif à une plainte n° 00131418 – formation et qualités requises des infirmières ou infirmiers autorisés.

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

- Soins liés à l'incontinence
- Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
- Entretien ménager, services de buanderie et services d'entretien
- Alimentation, nutrition et hydratation
- Prévention et contrôle des infections
- Prévention des mauvais traitements et de la négligence
- Normes de dotation, de formation et de soins

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Déclaration des droits des résidents

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

Non-respect de la sous-disposition 3 (1) 19 iv. de la FLTCA (2021)

Déclaration des droits des résidents

Paragraphe 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 au plein respect du droit d'une personne résidente 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. Plus précisément, à plusieurs reprises, les renseignements personnels sur la santé de la personne résidente ont été partagés avec une autre personne sans le consentement de la personne résidente.

Sources : dossiers médicaux d'une personne résidente, et entretiens avec la personne résidente, et une technicienne ou un technicien en travail social.

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

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

Non-respect **de l'alinéa** 6 (1) c) de la LRSLD (2021)

Programme de soins

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

c) des directives claires à l'égard du personnel et des autres personnes qui fournissent des soins directs au résident.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins écrit de deux personnes résidentes établisse des directives claires à l'égard du personnel et des autres personnes qui fournissent des soins directs aux personnes résidentes concernant particulièrement les produits pour incontinence.

Plusieurs outils internes des programmes de soins concernant les besoins des personnes résidentes en matière de soins liés à l'incontinence, en particulier les produits pour incontinence, n'étaient pas uniformes et clairs pour que le personnel réponde aux besoins particuliers de deux personnes résidentes.

Sources : Dossiers médicaux d'une personne résidente, feuille de travail pour une personne résidente, et entretien avec la directrice ou le directeur des services cliniques, une PSSP et un membre du personnel.

AVIS ÉCRIT : Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

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

Non-respect du paragraphe 25 (1) de la LRSLD (2021)

Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

Paragraphe 25 (1). Sans préjudice de la portée générale de l'obligation prévue à l'article 24, le titulaire de permis veille à ce que soit adoptée et respectée une politique écrite visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soit respectée la politique visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes.

La politique du titulaire de permis visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements, de négligence et d'acte illégal (*Zero Tolerance of Resident Abuse, Neglect and Unlawful conduct*) (révisée en août 2024), précisait qu'un membre du personnel qui observe un cas soupçonné de mauvais traitements doit immédiatement faire rapport à sa superviseuse ou son

superviseur, et si cette personne est l'auteure ou l'auteur que l'on soupçonne d'infliger les mauvais traitements, alors le membre du personnel doit immédiatement faire rapport à la directrice ou au directeur des soins infirmiers ou bien à sa remplaçante ou à son remplaçant désigné.

L'incident de mauvais traitements d'ordre verbal et de cas allégué de mauvais traitements d'ordre physique envers une personne résidente a eu lieu à une date déterminée. On a fait rapport de l'incident à la directrice ou au directeur des soins infirmiers et à sa remplaçante ou à son remplaçant désigné deux jours plus tard.

Sources : Incident critique n° 3060-000052-24, politique visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements, de négligence et d'acte illégal (*Zero Tolerance of Resident Abuse, Neglect and Unlawful conduct*) (politique n° RFC-02-01, révisée en août 2024), entretien avec une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) et avec la directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI).

AVIS ÉCRIT : Bain

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

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

Bain

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente reçût au

minimum son bain bihebdomadaire pendant une semaine déterminée.

Sources : Programme de soins d'une personne résidente; *Documentation Survey Report* dans PointClickCare, liste des bains de l'unité, entretien avec une PSSP et un autre membre du personnel.

AVIS ÉCRIT : Techniques de transfert et de changement de position

Problème de conformité n° 005 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect **de l'article 40 du Règl. de l'Ont. 246/22**

Techniques de transfert et de changement de position

Article 40. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les membres du personnel utilisent des appareils ou des techniques de transfert et de changement de position sécuritaires lorsqu'ils aident les résidents.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une infirmière ou un infirmier auxiliaire autorisé (IAA) utilisât des techniques de transfert et de changement de position sécuritaires pour une personne résidente lorsque cette dernière recevait de l'aide pour sa mobilisation et son changement de position dans une autre aire du foyer.

Sources : Enregistrement de vidéosurveillance, entretien avec la directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI).

AVIS ÉCRIT : Facilitation des selles et soins liés à l'incontinence

Problème de conformité n° 006 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect **de l'alinéa 56 (2) a) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Facilitation des selles et soins liés à l'incontinence

Paragraphe 56 (2). Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

a) chaque résident ayant des problèmes d'incontinence reçoit une évaluation comprenant l'identification des facteurs causals, des tendances, du type d'incontinence et de la possibilité de restaurer la fonction au moyen d'interventions particulières et, si l'état ou la situation du résident l'exige, une évaluation est effectuée au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément aux fins d'évaluation de l'incontinence.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente qui avait des problèmes d'incontinence eût reçu une évaluation en matière d'incontinence depuis son admission au foyer deux ans auparavant.

Sources : Programme de gestion de l'incontinence Extendicare RC-14-01 (*Extendicare Continence Management Program RC-14-01*), évaluation de l'incontinence – annexe A Extendicare (*Extendicare Continence Assessment Appendix A*), politique RFC-05-01 relative aux soins liés à l'incontinence – Southbridge (*Southbridge Continence Care Policy RFC-05-01*), dossier médical d'une personne résidente, entretien avec la directrice ou le directeur des services cliniques, et avec la directrice ou le directeur des soins infirmiers.

AVIS ÉCRIT : Planification des menus

Problème de conformité n° 007 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la

LRS LD (2021)

Non-respect **de l'alinéa 77 (4) b) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Planification des menus

Paragraphe 77 (4). Le titulaire de permis veille à ce que soient offerts à chaque résident au moins :

b) une boisson entre les repas le matin et l'après-midi, et une boisson le soir après le dîner.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à une date déterminée à ce qu'une boisson entre les repas fût offerte le matin à chaque personne résidente d'une section accessible aux personnes résidentes. Une PSSP a déclaré que l'on n'offrait pas de boisson du matin aux personnes résidentes en raison des contraintes de temps.

Sources : Observation d'une unité, examen des dossiers et entretien avec une PSSP.

AVIS ÉCRIT : Service de restauration et de collation

Problème de conformité n° 008 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRS LD (2021).

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

Service de restauration et de collation

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

1. La communication des menus hebdomadaires et quotidiens aux résidents.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le service de restauration inclût la communication des menus hebdomadaires et quotidiens aux personnes résidentes, en particulier en ce qui concernait les boissons.

De récentes modifications ont été apportées au service de restauration du foyer concernant les boissons offertes au déjeuner et au dîner. La conseillère ou le conseiller en diététique a expliqué que la modification avait pour objectif de veiller à ce que les boissons offertes fussent celles qui figuraient sur le menu. Toutefois, les menus communiqués aux personnes résidentes ne comprenaient pas les boissons qui seraient offertes au petit déjeuner, au déjeuner et au dîner.

Sources : Observations des menus hebdomadaires et quotidiens d'une salle à manger; politique Extencicare NC-05-01-04 relative à la communication des menus (*Extencicare Communication of Menus Policy NC-05-01-04*), révisée pour la dernière fois en mars 2021; menus du 21 au 25 octobre, et du 28 octobre au 1^{er} novembre 2024; et entretien avec les personnes suivantes : conseillère ou conseiller en diététique, chef du service d'alimentation, une personne résidente et autre membre du personnel.

ORDRE DE CONFORMITÉ OC n° 001 – Disponibilité des fournitures

Problème de conformité n° 009 – Ordre de conformité aux termes de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021).

Non-respect **de l'article 48 du Règl. de l'Ont. 246/22**

Disponibilité des fournitures

Article 48. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les fournitures, l'équipement et les appareils et dispositifs nécessaires pour répondre aux besoins des résidents en matière de soins infirmiers et de soins personnels soient aisément disponibles au foyer.

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

1. Le titulaire de permis doit s'assurer de ce qui suit :

- a) Élaborer et mettre en œuvre une marche à suivre écrite pour veiller à ce que les fournitures – notamment gel douche, crème protectrice au silicone et crème hydratante – soient aisément disponibles au foyer aux fins d'utilisation par le personnel et par les personnes résidentes, pour répondre aux besoins des personnes résidentes en matière de soins infirmiers et de soins personnels. La marche à suivre doit comporter au minimum ce qui suit :
- i) déterminer une quantité suffisante de fournitures requises pour répondre aux besoins en matière de soins infirmiers et de soins personnels de toutes les personnes résidentes;
 - ii) Veiller à ce que les fournitures susmentionnées soient aisément disponibles pour les personnes résidentes et pour le personnel chargé des soins directs dans chaque section accessible aux personnes résidentes.
 - iii) Avoir un processus formel pour demander des fournitures supplémentaires, comme du gel douche, de la crème protectrice au silicone et de la crème hydratante; en veillant à ce que les fournitures demandées soient fournies en temps opportun au personnel chargé des soins directs afin de répondre aux besoins des personnes résidentes en matière de soins infirmiers et de soins personnels.

b) Effectuer trois fois par semaine, dans chaque section accessible aux personnes résidentes, des vérifications concernant la disponibilité des fournitures en matière

de soins personnels – et notamment gel douche, crème protectrice au silicone et crème hydratante, en veillant à ce que les fournitures soient aisément disponibles pour répondre aux besoins personnels des personnes résidentes.

c) Prendre toute mesure correctrice qui s'avère nécessaire à la suite des vérifications.

d) Fournir des documents pour corroborer que des mesures ont été prises à l'égard des points a) à c), et pour toute autre mesure jugée nécessaire par le foyer afin de veiller à ce que les fournitures fussent aisément disponibles pour répondre aux besoins en soins personnels des personnes résidentes.

Continuer de documenter les faits jusqu'à ce que le ministère des Soins de longue durée estime que le titulaire de permis s'est conformé au présent ordre de conformité.

2. Le titulaire de permis doit s'assurer de ce qui suit :

a) Effectuer un réexamen du programme structuré de buanderie pour veiller à ce qu'un approvisionnement suffisant en débarbouillettes, linges de soins périnéaux et serviettes soit aisément accessible au foyer aux fins d'utilisation par le personnel et les personnes résidentes, pour répondre aux besoins en soins infirmiers et en soins personnels des personnes résidentes du foyer. L'examen doit comprendre ce qui suit, à titre de minimum :

i) effectuer un inventaire complet du linge de maison de tout le foyer;

ii) déterminer la quantité de linge de maison requise pour chaque personne résidente lors de chaque quart de travail;

iii) déterminer quelles personnes résidentes ont un degré d'autonomie pour leurs soins personnels et veiller, lors de chaque quart de travail, à ce que ces personnes résidentes disposent des fournitures en linge de maison dont elles ont besoin;

iv) élaborer et mettre en œuvre une marche à suivre écrite pour veiller, lors de chaque quart de travail et pour chaque personne résidente, à ce qu'il y ait un quota de linge de maison suffisant et aisément accessible;

v) élaborer et mettre en œuvre un processus formel de demande de supplément de linge de maison propre, comme des débarbouillettes, des linges de soins périnéaux et des serviettes.

b) Effectuer trois fois par semaine des vérifications concernant la disponibilité du linge de maison propre dans deux sections accessibles aux personnes résidentes – et notamment des débarbouillettes, des linges de soins périnéaux et des serviettes, en veillant à ce que les fournitures soient aisément disponibles pour répondre aux besoins personnels des personnes résidentes.

c) Effectuer deux fois par semaine des vérifications à l'égard des personnes résidentes qui effectuent leurs soins de façon autonome dans une section accessible aux personnes résidentes, en ciblant une section différente chaque semaine, en incluant tous les quarts de travail, afin de veiller à ce que chaque personne résidente qui pratique ses soins de façon autonome dispose du nombre requis d'articles de linge de maison selon ce qui est déterminé à l'étape ii) pour répondre à ses besoins en matière de soins personnels. Continuer d'effectuer des vérifications jusqu'à ce que le présent ordre ait été respecté.

d) Prendre toute mesure correctrice qui s'avère nécessaire à la suite des vérifications.

e) Fournir des documents pour corroborer que des mesures ont été prises à l'égard des points a) à d), et pour toute autre mesure jugée nécessaire par le foyer afin de veiller à ce que les fournitures en linge de maison fussent aisément disponibles

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410

Ottawa, ON K1S 3J4

Téléphone : 877 779-5559

pour répondre aux besoins en soins personnels des personnes résidentes du foyer.

Continuer de documenter les faits jusqu'à ce que le ministère des Soins de longue durée estime que le titulaire de permis s'est conformé au présent ordre de conformité.

Motifs

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des fournitures fussent aisément disponibles dans le foyer pour répondre aux besoins en soins personnels des personnes résidentes, en particulier du gel douche, de la crème protectrice au silicone et de la crème hydratante.

La directrice ou le directeur des soins infirmiers ainsi que la directrice ou le directeur des services cliniques ont déclaré que les fournitures pour les soins personnels sont entreposées dans la salle de rangement des fournitures propres de chaque section accessible aux personnes résidentes, et que tout stock supplémentaire se trouve dans la salle de rangement des articles de soins pour les personnes résidentes qui est située dans une section accessible aux personnes résidentes différente. Pendant plusieurs jours, les salles de rangement des fournitures propres de trois sections accessibles aux personnes résidentes n'avaient pas de stock de tout ou partie des fournitures suivantes pour soins personnels : gels douche, crèmes protectrices au silicone et crèmes hydratantes. On n'a pas remarqué non plus de stock supplémentaire dans la salle de rangement des articles de soins pour les personnes résidentes. En outre, une ou un IAA a déclaré que depuis un certain temps on n'avait pas approvisionné la salle de rangement des articles de soins pour les personnes résidentes en gel douche, crème protectrice au silicone et crème hydratante.

Sources : Observations de trois sections accessibles aux personnes résidentes; entretien avec la directrice ou le directeur des services cliniques, la directrice ou

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410

Ottawa, ON K1S 3J4

Téléphone : 877 779-5559

le directeur des soins infirmiers, des PSSP et une ou un IAA.

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des fournitures, en particulier des débarbouillettes, des linges de soins périnéaux, et des essuie-mains fussent aisément disponibles au foyer pour répondre aux besoins des personnes résidentes en matière de soins infirmiers et de soins personnels.

À plusieurs dates différentes, il y avait un manque d'articles de linge de maison dans plusieurs sections accessibles aux personnes résidentes; y compris tout ou partie des articles suivants : débarbouillettes, linges de soins périnéaux, essuie-mains et serviettes hygiéniques absorbantes. En conséquence, une PSSP a terminé la prestation des soins aux personnes résidentes dont elle s'occupait en utilisant de grandes serviettes de bain, et une autre PSSP a terminé ses soins aux personnes résidentes en utilisant des essuie-mains. Les deux PSSP ont indiqué qu'il s'agissait d'un problème récurrent et que dans le passé elles avaient dû utiliser des essuie-tout pour des soins à des personnes résidentes.

À un autre moment d'une date déterminée, il n'y avait pas de débarbouillettes, de linges de soins périnéaux, de petites serviettes ou de linges « pog » dans une section accessible aux personnes résidentes. Plusieurs personnes résidentes ont déclaré qu'elles n'avaient pas reçu de débarbouillettes et de serviettes pour faire leurs soins du matin, et deux PSSP ont déclaré qu'elles utilisaient de grandes serviettes de bain ou des essuie-tout pour effectuer les soins des personnes résidentes dont elles s'occupaient. Les personnes résidentes susmentionnées et des membres de leur famille ont indiqué qu'ils avaient dû acheter leurs propres débarbouillettes, essuie-mains et lingettes de soins périnéaux, car le foyer n'était pas suffisamment approvisionné. Une des personnes résidentes a déclaré que la semaine précédente elle n'avait pas reçu de nouvelles serviettes ni de débarbouillettes, et qu'elle avait donc gardé la même serviette pendant une semaine pour être sûre d'avoir quelque

chose à utiliser. Une autre personne résidente a déclaré qu'elle avait une débarbouillette et une serviette dans sa chambre, cependant elles n'y étaient plus après le petit déjeuner. Elle a expliqué que, parce que sa chambre est à proximité de la salle de bains, le personnel vient souvent prendre son linge de maison pour les personnes résidentes qui reçoivent leur bain.

Une ou un auxiliaire aux services de buanderie a confirmé que toutes les sections accessibles aux personnes résidentes avaient leurs deux chariots à linge remplis chaque matin avec tout le linge de maison nécessaire pour 24 heures, toutefois, cela a lieu à différents moments de la matinée et souvent la quantité n'est pas suffisante pour répondre aux besoins des personnes résidentes. L'auxiliaire a expliqué qu'à une date donnée, une PSSP avait quitté son unité pour venir demander des débarbouillettes blanches supplémentaires, mais qu'on n'en avait point à lui donner. L'auxiliaire a poursuivi en déclarant que cette situation se produisait régulièrement.

Sources : Observations des chariots à linge et des salles de rangement des fournitures propres dans deux sections accessibles aux personnes résidentes, de la salle de stockage du linge, de la salle d'entreposage central des articles de soins personnels; entretien avec une ou un IA, trois PSSP, une ou un auxiliaire aux services de buanderie, trois personnes résidentes et un autre membre du personnel.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 6 février 2025.

ORDRE DE CONFORMITÉ n° 002 – Facilitation des selles et soins liés à l'incontinence

Problème de conformité n° 010 – Ordre de conformité aux termes de la

disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021).

Non-respect **de l'alinéa 56 (2) f) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Facilitation des selles et soins liés à l'incontinence

Paragraphe 56 (2). Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

f) divers produits pour incontinence sont mis à la disposition des résidents et du personnel et leur sont accessibles en tout temps, et ce, en quantité suffisante compte tenu de tous les changements exigés.

L'inspectrice ordonne au titulaire de permis de préparer, soumettre et mettre en œuvre un plan pour veiller à se conformer à l'alinéa 56 (2) f) du Règl. de l'Ont. 246/22 [alinéa 155 (1) b) de la LRSLD (2021)] :

Le plan doit comprendre ce qui suit, sans toutefois s'y limiter :

a) Élaborer et mettre en œuvre une marche à suivre écrite pour veiller à ce que chaque personne résidente ayant des problèmes d'incontinence soit évaluée de sorte que l'approvisionnement du foyer soit fondé sur l'évaluation individuelle des besoins des personnes résidentes.

b) Élaborer et mettre en œuvre une marche à suivre écrite pour veiller à ce que les produits susmentionnés soient aisément disponibles et accessibles pour les personnes résidentes et pour le personnel chargé des soins directs lors de tous les quarts de travail dans les sections accessibles aux personnes résidentes.

c) Donner à tous les membres du personnel infirmier, y compris aux membres de l'équipe de leadership, une formation sur les marches à suivre requises aux points a) et b) du présent ordre.

d) Effectuer, trois fois par semaine et pendant un mois, des vérifications documentées pour veiller à l'efficacité des marches à suivre requises aux points a)

et b) du présent ordre. Les vérifications concernant le point b) doivent être effectuées chaque semaine dans une section accessible aux personnes résidentes différente, en alternant les quarts de travail.

e) Effectuer, trois fois par semaine et pendant un mois, des vérifications documentées pour veiller à ce que les personnes résidentes portent le produit pour incontinence adéquat tel que décrit dans leur programme de soins. La vérification doit avoir lieu dans une section accessible aux personnes résidentes qui est différente chaque semaine, en alternant les quarts de travail, et elle doit porter sur six personnes résidentes. La vérification doit être effectuée dans une section accessible aux personnes résidentes différente de celle ayant fait l'objet des vérifications requises au point d).

f) Effectuer des vérifications hebdomadaires documentées une fois terminé le processus prescrit aux points d) et e) et jusqu'à ce que le ministère estime que l'on s'est conformé au présent ordre de conformité.

g) Documenter tout sujet de préoccupation détecté à la suite des vérifications décrites aux points d) et e) en indiquant les mesures correctrices prises le cas échéant, afin de faire la preuve du caractère évolutif de ces mesures correctrices.

h) Conserver les documents pour corroborer la conformité à toutes les mesures requises comme le précise le présent ordre, et continuer de documenter les mesures prises jusqu'à ce que le ministère des Soins de longue durée estime que l'on s'est conformé au présent ordre.

Veillez soumettre le plan écrit de mise en conformité pour l'inspection n° 2024-1819-0006 au MSLD, par courriel à ottawadistrict.mlrc@ontario.ca avant le 5 décembre 2024. Assurez-vous que le plan écrit que vous

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410

Ottawa, ON K1S 3J4

Téléphone : 877 779-5559

présentez ne comporte pas de renseignements personnels ni de données personnelles de santé.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que plusieurs personnes résidentes eussent une quantité suffisante de produits pour incontinence disponibles et accessibles pour tous les changements exigés à des moments précis pendant un mois.

Lors de plusieurs dates déterminées, la taille adéquate du produit pour incontinence de plusieurs personnes résidentes n'était pas disponible à leur chevet, dans le placard des fournitures de 24 heures de la salle de rangement des fournitures propres de leur section accessible, ou dans l'unité de stockage des surplus de fournitures propres du foyer. Une PSSP, un membre du personnel autorisé et un membre du personnel du service d'entretien ont indiqué qu'il y avait maintenant trois mois que l'on manquait de produits pour incontinence au foyer, et que l'on mettait aux personnes résidentes n'importe quel produit disponible au moment de leur changement exigé. Une PSSP a expliqué que l'on devait souvent laisser une certaine personne résidente sur une serviette hygiénique, car on n'avait pas le bon produit à lui mettre.

À une date différente, on avait mis à deux personnes résidentes des produits pour incontinence inadéquats, car le produit adéquat n'était pas disponible dans la chambre de la personne résidente ni dans le placard des fournitures de 24 heures de la salle de rangement des fournitures propres de leur section du foyer. Une PSSP a déclaré qu'elle n'avait pas le temps de respecter le processus consistant à demander au personnel autorisé le produit adéquat, et en conséquence elle avait

mis à la personne résidente un produit autre que celui qui figurait dans son programme de soins.

À une autre date déterminée, on avait mis à une personne résidente un produit inadéquat pour soins liés à l'incontinence, car on ne disposait pas du produit adéquat. La PSSP assignée à la personne résidente a indiqué que l'on avait mis un produit inadéquat à de nombreuses personnes résidentes durant ce quart de travail, car il n'y avait pas de fournitures disponibles dans le bâtiment.

À une autre date déterminée, on avait mis à une personne résidente un produit inadéquat pour soins liés à l'incontinence, car on ne disposait pas du produit adéquat. L'approvisionnement en culottes pour incontinence de 24 heures n'avait pas encore été livré à l'unité, car la commande de produits pour incontinence du foyer ne lui avait pas encore été livrée par son fournisseur.

Sources : Observations de ce qui suit : quatre sections accessibles aux personnes résidentes, trois chambres de personnes résidentes, feuilles de travail relatives aux personnes résidentes, programmes de soins de six personnes résidentes, document intitulé *Kemptville Prevail Process*, du 28 juillet 2024, document de pointage des PSSP en fin de quart de nuit; document des tâches quotidiennes pour le quart de nuit; note de service du 29 août 2024 intitulée marche à suivre pour les soins liés à l'incontinence; entretien avec les personnes suivantes : DSI, directrice ou directeur des services cliniques, une ou un IAA, trois PSSP et deux membres du personnel des services d'entretien.

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

Rapport d'inspection prévu par la

Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410

Ottawa, ON K1S 3J4

Téléphone : 877 779-5559

le 6 février 2025.

RENSEIGNEMENTS SUR LA RÉVISION/L'APPEL

PRENDRE ACTE Le titulaire de permis a le droit de demander une révision par le directeur du ou des présents ordres et/ou du présent avis de pénalité administrative (APA) conformément à l'article 169 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (la Loi). Le titulaire de permis peut demander au directeur de suspendre le ou les présents ordres en attendant la révision. Si un titulaire de licence demande la révision d'un APA, l'obligation de payer est suspendue jusqu'à la décision de la révision.

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

La demande écrite de révision doit comprendre :

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

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

Directeur

a/s du coordonnateur des appels

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa, ON K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

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 effectuée le cinquième jour après le jour de l'envoi;
- b) par courriel, elle est réputée être effectuée le jour suivant, si le document a été signifié après 16 h;
- c) par service de messagerie commerciale, elle est réputée être effectuée le deuxième jour ouvrable après la réception du document par le service de messagerie commerciale.

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

En vertu de l'article 170 de la Loi, le titulaire de permis a le droit d'interjeter appel de l'une ou l'autre des décisions suivantes auprès de la CARSS :

- a) un ordre donné par le directeur en vertu des articles 155 à 159 de la Loi;
- b) un APA délivré par le directeur en vertu de l'article 158 de la Loi;
- c) la décision de révision du directeur, rendue en vertu de l'article 169 de la Loi, concernant l'ordre de conformité (art. 155) ou l'APA (art. 158) d'un inspecteur.

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410

Ottawa, ON K1S 3J4

Téléphone : 877 779-5559

La CARSS est un tribunal indépendant qui n'a aucun lien avec le Ministère. Elle est établie par la législation pour examiner les questions relatives aux services de soins de santé. Si le titulaire de permis décide d'interjeter appel, il doit remettre un avis d'appel écrit dans les 28 jours suivant la date à laquelle il a reçu une copie de l'ordre, de l'APA ou de la décision du directeur qui fait l'objet de l'appel. L'avis d'appel doit être remis à la fois à la CARSS et au directeur.

Commission d'appel et de révision des services de santé

À l'attention du registrateur

151, rue Bloor Ouest, 9^e étage,

Toronto (Ontario) M5S 1S4

Directeur

a/s du coordonnateur des appels

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

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

<https://www.hsarb.on.ca/>

Rapport d'inspection prévu par la

Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410

Ottawa, ON K1S 3J4

Téléphone : 877 779-5559