

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 : 26 novembre 2024
Numéro d'inspection : 2024-1328-0003
Type d'inspection : Plainte Incident critique Suivi
Titulaire de permis : Extendicare (Canada) Inc.
Foyer de soins de longue durée et ville : Extendicare Lakefield, Lakefield

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 7 au 11, du 15 au 18 et le 21 octobre 2024

Les inspections concernaient :

Une plainte liée à un premier suivi de l'ordre de conformité (priorité élevée) n° 001, découlant de l'inspection n° 2024_1328_0002 relativement à l'article 5 du Règl. de l'Ont. 246/22, avec une DLC fixée au 16 août 2024.

Une plainte liée à un premier suivi de l'ordre de conformité n° 002, découlant de l'inspection n° 2024_1328_0002 relativement à l'article 26 du Règl. de l'Ont. 246/22, avec une DLC fixée au 10 septembre 2024.

Une plainte liée à un premier suivi de l'ordre de conformité n° 003 découlant de l'inspection n° 2024_1328_0002 relativement à la disposition 35 (3) (a) du Règl. de l'Ont. 246/22, avec une DLC fixée au 10 septembre 2024.

Une plainte liée à un premier suivi de l'ordre de conformité n° 004, concernant le non-respect de la disposition 202 (2) (b) du Règl. de l'Ont. 246/22, avec une DLC fixée au 16 août 2024.

Une inspection relative à une chute.

Une inspection relative à des soupçons concernant : Auxiliaire de soutien faisant le travail d'une PSSP et fournissant des soins personnels.

Quatre inspections relatives à des incidents de chute.

Une inspection relative à une allégation de négligence.

Une inspection relative à des soupçons de négligence à l'égard des personnes résidentes et de la sécurité.

Une inspection relative à des soupçons concernant : chute, intégrité épidermique et blessure.

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 relative à une éclosion.

Ordres de conformité délivrés antérieurement

L'inspection a établi la conformité à l'ordre ou aux ordres de conformité suivants délivrés antérieurement :

Ordre n° 002 découlant de l'inspection n° 2024-1328-0002 relative à la disposition 26 du Règl. De l'Ont. 246/22 réalisée par l'inspectrice ou l'inspecteur.

Ordre n° 004 découlant de l'inspection n° 2024-1328-0002 relative à la disposition 102 (2) (b) du Règl. De l'Ont. 246/22 réalisée par l'inspectrice ou l'inspecteur

L'inspection n'a **PAS** permis d'établir la conformité à l'ordre ou aux ordres de conformité suivants délivrés antérieurement :

Ordre n° 001 découlant de l'inspection n° 2024-1328-0002 relativement à la disposition 5 de la LRSLD (2021), réalisée par l'inspectrice ou l'inspecteur

Ordre n° 003 découlant de l'inspection n° 2024-1328-0002 relativement à la disposition 35 (3) (a) du Règl. de l'Ont. 246/22, réalisée par l'inspectrice ou l'inspecteur.

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

Soins liés à l'incontinence (Continence Care)
Soins et services de soutien aux personnes résidentes (Resident Care and Support Services)
Prévention et prise en charge des soins de la peau et des plaies (Skin and Wound Prevention and Management)
Gestion des médicaments (Medication Management)
Prévention et contrôle des infections (Infection Prevention and Control)
Foyer sûr et sécuritaire (Safe and Secure Home)
Prévention des mauvais traitements et de la négligence (Prevention of Abuse and Neglect)
Comportements réactifs (Responsive Behaviours)
Normes en matière de dotation, de formation et de soins (Staffing, Training and Care Standards)
Prévention et gestion des chutes (Falls Prevention and Management)
Gestion des contentions/appareils d'aide personnelle (Restraints/Personal Assistance Services Devices (PASD) Management)

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

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Faire rapport au directeur dans certains cas

Problème de conformité n° 001 - avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

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

Faire rapport au directeur dans certains cas

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

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

1. Le titulaire de permis a omis de signaler immédiatement à la directrice ou au directeur des allégations de négligence envers une personne résidente.

Justification et résumé et résumé

Un rapport d'incident critique (RIC) a été soumis à la directrice ou au directeur concernant la négligence alléguée du personnel envers une personne résidente.

Le personnel a immédiatement signalé les allégations à une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé (IA). L'IA a indiqué qu'il ou elle avait rempli le rapport d'incident du foyer et contacté le mandataire spécial de la personne résidente, tout en reconnaissant ne pas avoir signalé les allégations de négligence à la directrice ou au directeur en raison de contraintes de temps.

Le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) et l'administrateur ou l'administratrice par intérim (AI) ont indiqué que le personnel était censé signaler immédiatement toute allégation de négligence à la directrice ou au directeur et ont reconnu que cela n'avait pas été fait.

Le fait de ne pas lui signaler les allégations de négligence à l'égard d'une personne résidente entraîne le risque que la directrice ou le directeur ne les prenne pas immédiatement en compte pour améliorer les pratiques 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

Sources : RIC; dossiers cliniques de la personne résidente; entretiens avec le personnel.

2. Le titulaire du permis a omis de signaler immédiatement à la directrice ou au directeur des allégations de mauvais traitements d'ordre sexuel entre personnes résidentes.

Justification et résumé

Lors d'une inspection de suivi de la conformité, l'examen des dossiers médicaux cliniques a montré que le personnel avait observé des comportements sexuels réactifs non consensuels chez deux personnes résidentes.

La personne préposée aux services de soutien (PSSP) affirme avoir signalé l'incident immédiatement à l'infirmière auxiliaire autorisée (IAA), en précisant que le foyer s'attend à un tel signalement immédiat des comportements sexuels non consensuels.

L'IAA a déclaré avoir des doutes sur la définition exacte d'un mauvais traitement d'ordre sexuel au foyer, en reconnaissant, du même coup, ignorer qu'il y avait obligation de le signaler. L'IAA a convenu que le mauvais traitement sexuel serait une activité non consensuelle de nature sexuelle et a reconnu que les deux personnes résidentes n'étaient pas en mesure de donner leur consentement.

Le responsable du Projet OSTC et la ou le DSI ont affirmé que le foyer a une politique de tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence et que les comportements sexuels non consensuels entre personnes résidentes doivent être signalés immédiatement. L'AI a précisé que le foyer s'attend au respect de cette politique de tolérance zéro et au signalement immédiat de toute allégation de mauvais traitements.

Le fait de ne pas signaler à la directrice ou au directeur les allégations de mauvais traitements sexuels entre personnes résidentes a créé une situation à risque, lorsque le personnel n'a pas compris la définition d'un mauvais traitement d'ordre sexuel et n'a pas communiqué l'interaction aux autres membres du personnel du foyer.

Sources : Dossier clinique d'une personne résidente; politique « Tolérance zéro concernant les mauvais traitements et la négligence des personnes résidentes : intervention et signalement.

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 : Conditions du permis

Problème de conformité n° 002 - avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : 104 (4) de la LRSLD (2021)

Conditions du permis

104 (4) Le titulaire de permis se conforme aux conditions dont est assorti le permis.

Le titulaire de permis a omis de se conformer à l'ordre de conformité (haute priorité) n° 001 découlant de l'inspection 2024_1328_0002, dont la date d'échéance de conformité était fixée au 16 août 2024.

Justification et résumé

Le foyer a reçu l'ordre de désigner une personne chargée de superviser le système anti-fugue, soit les lecteurs de poche et les balises de géolocalisation de personnes égarées, afin de s'assurer que l'équipement fonctionne correctement; il s'est conformé à cet ordre en désignant un responsable de l'entretien du matériel.

Il a également été ordonné à l'administratrice ou l'administrateur ou à la ou au DSI de veiller à ce que la balise anti-fugue d'une personne résidente soit remplacée immédiatement lorsque le lecteur de poche révèle, ou un membre du personnel constate, que la balise ne fonctionne pas correctement, et de veiller à la tenue d'un registre où sont consignées les raisons de dysfonctionnement des balises et les mesures prises pour assurer la sécurité des personnes résidentes.

Les documents de mise en conformité fournis par le foyer montrent qu'à une date et une heure connues, une personne résidente a fugué du foyer. Le rapport sur le dysfonctionnement de la balise indique que celle-ci a été remplacée et testée pour s'assurer de son bon fonctionnement dès le lendemain.

L'examen des dossiers cliniques d'une personne résidente révèle qu'à une date précise, l'alarme anti-fugue s'est déclenchée et que le personnel a observé cette personne sortir du foyer.

Les dossiers montrent également qu'à une date connue, la semaine suivante, une personne résidente a été retrouvée entre les deux portes d'entrée et que le personnel n'a pas su la rediriger, de telle sorte qu'elle s'est presque retrouvée sur l'allée des voitures avant d'être ramenée au foyer. Le registre des fugues indique que la personne résidente a pu partir en utilisant le code de désactivation; il ne

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

contient aucune note indiquant que sa balise a été vérifiée pour s'assurer de son fonctionnement ni qu'elle a été remplacée immédiatement.

Une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé (IA) a précisé que le foyer s'attend à ce que les balises anti-fugue soient remplacées immédiatement en cas de dysfonctionnement. L'IA a reconnu qu'à une date précise, la fugue d'une personne résidente lui a été signalée, mais elle avait supposé que l'IAA avait le lecteur de poche d'alerte d'anti-fugue sur son chariot de médicaments et qu'elle aurait vérifié et remplacé la balise d'alerte anti-fugue de la personne résidente. L'IA a affirmé avoir rempli le rapport d'incident sur la fugue de la personne résidente en reconnaissant ne pas avoir immédiatement remplacé la balise anti-fugue de la personne résidente ni signalé la fugue à la direction.

La ou le DSI a confirmé que la balise d'errance d'une personne résidente n'avait pas été immédiatement remplacée alors qu'elle ne fonctionnait pas et que la personne avait fugué.

Le non-respect de l'ordre CO001 a mis en danger une personne résidente qui risquait de s'enfuir du foyer.

Sources : ordre de conformité (haute priorité) n° 001 découlant de l'inspection 2024_1328_0002; documents de conformité du foyer; dossiers cliniques de la personne résidente; entretiens avec le personnel.

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 conformité (Problème de conformité) n° 002

En vertu 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 1 100,00 \$, à verser dans les 30 jours suivant la date de la facture.

Conformément aux paragraphes 349 (6) et 7) du Règlement 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'Ontario 246/22, la pénalité administrative est infligée pour les raisons suivantes :

Le titulaire de permis n'a pas respecté un ordre en vertu de l'article 155 de la Loi.

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.

AVIS ÉCRIT : Conditions du permis

Problème de conformité n° 003 - avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : 104 (4) de la LRSLD (2021).

Conditions du permis

104 (4) Le titulaire de permis se conforme aux conditions dont est assorti le permis.

Le titulaire de permis a omis de se conformer à l'ordre de conformité n° 003 découlant de l'inspection 2024-1328-0002, signifié le 10 juillet 2024 avec une date d'échéance de conformité fixée au 30 juin 2024.

Plus précisément, il n'y avait pas de description écrite, même brève, du plan d'urgence mis en œuvre pour chaque équipe en cas de manque de personnel ou lorsque les besoins en soins n'étaient pas satisfaits et qu'il n'y avait pas suffisamment de personnel conformément au plan d'urgence des foyers de soins.

Justification et résumé

La directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI) a reconnu ne pas avoir mis en œuvre plan d'urgence écrit concis en cas de manque de personnel et qu'il n'y avait pas suffisamment de personnel par rapport aux exigences du plan d'urgence du foyer. Des discussions avec une vice-présidente d'Extendicare, la directrice ou le directeur régional

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

et l'administratrice ou l'administrateur intérimaire ont révélé qu'aucune de ces personnes n'était pas au courant de l'ordre de conformité n° 003 et ne connaissaient les preuves écrites de mise en œuvre de l'ordre à présenter à l'inspecteur.

Sources : : OC 003 découlant de l'inspection 2024_1328_0002; examen des dossiers de la vérification; entretiens avec le personnel.

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 conformité (Problème de conformité) n° 003

En vertu 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 1 100,00 \$, à verser dans les 30 jours suivant la date de la facture.

Conformément aux paragraphes 349 (6) et 7) du Règlement de l'Ontario 246/22, la pénalité administrative est infligée pour les raisons suivantes :

Le titulaire de permis n'a pas respecté un ordre en vertu de l'article 155 de la Loi.

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.

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

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

Non-respect de : 29 (3) 5 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

Programme de soins

par. 29 (3) Le programme de soins doit être fondé au minimum sur l'évaluation interdisciplinaire de ce qui suit au sujet du résident :
5. Ses humeurs et comportements habituels, notamment s'il a tendance à errer, ses comportements réactifs qui ont été relevés, le cas échéant, ses comportements déclencheurs éventuels et les fluctuations dans son fonctionnement à différents moments de la journée.

Le titulaire du permis n'a pas basé le programme de soins d'une personne résidente sur les comportements réactifs observés.

Justification et résumé

Lors de l'examen du dossier clinique d'une personne résidente dans le cadre d'une inspection de suivi de la mise en conformité, les notes d'évolution indiquaient que l'infirmière auxiliaire autorisée (IAA) avait noté un incident de comportement réactif entre personnes résidentes.

La politique du foyer en matière de comportements réactifs exige que le programme de soins intègre tout comportement observé, une description dudit comportement, les éléments déclencheurs, les mesures préventives et les interventions propres à la personne résidente pour y faire face.

Les notes d'évolution de deux personnes résidentes font état de multiples incidents de comportements réactifs nécessitant une surveillance et une réorientation de la part du personnel infirmier. Les programmes de soins de ces personnes résidentes ne contenaient aucune information relative à ces comportements. Après l'incident de comportement réactif, le programme de soins n'a pas été mis à jour pour inclure les comportements réactifs aggravés.

La ou le responsable de Projet OSTC a indiqué qu'une personne résidente avait des antécédents de comportements réactifs et a reconnu qu'ils n'étaient pas mentionnés dans le programme de soins. La ou le DSI a déclaré que le programme de soins de la personne résidente aurait dû attirer l'attention sur les comportements réactifs et les interventions visant à promouvoir la sécurité.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que le programme de soins des personnes résidentes tienne compte de leurs comportements réactifs et de ne pas avoir indiqué au personnel comment évaluer les personnes

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

résidentes afin de déterminer leur consentement a constitué un risque pour les personnes résidentes.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente; politique à l'égard des comportements réactifs; entretiens avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Qualités requises des préposés aux services de soutien personnel

Problème de conformité n° 005 - avis écrit remis au titre de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : 52 (1) (a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Qualités requises des préposés aux services de soutien personnel
52 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque personne qu'il embauche comme préposé aux services de soutien personnel ou pour fournir de tels services, indépendamment de son titre :

(a) ait terminé avec succès un programme à l'intention des préposés aux services de soutien personnel qui satisfait aux exigences du paragraphe (2);

Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque personne qu'il embauche comme préposé aux services de soutien personnel ou pour fournir de tels services, indépendamment de son titre :

(a) ait terminé avec succès un programme à l'intention des préposés aux services de soutien personnel qui satisfait aux exigences du paragraphe (2);

Justification et résumé :

Une plainte a été déposée auprès de la directrice ou du directeur, alléguant qu'un auxiliaire de soutien des personnes résidentes avait été observé à une date précise en train de remplir des fonctions de PSSP.

L'examen du dossier de l'auxiliaire a révélé que cette personne ne possédait pas de certificat de PSSP et qu'elle occupait auparavant un poste de concierge à temps partiel au foyer, avant d'assumer les fonctions d'auxiliaire.

Lors des discussions, la ou le DSI a affirmé qu'un certificat de PSSP est exigé pour remplir le rôle de PSSP au foyer. La ou le DSI a dit ne pas être au courant qu'une auxiliaire faisait le travail d'une PSSP. La ou le DSI a confirmé qu'il avait autorisé l'auxiliaire à rester

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

après la fin de son quart de travail pour faire des heures supplémentaires afin d'aider les PSSP qui sont trop peu nombreuses, mais l'auxiliaire ne doit pas dispenser de soins personnels. Les entretiens avec une PSSP nouvellement arrivée au foyer ont confirmé que l'auxiliaire l'avait aidée à prodiguer des soins personnels à une personne résidente à plusieurs reprises. La PSSP a confirmé qu'elle avait vu l'auxiliaire dispenser des soins personnels d'une personne résidente et qu'elle l'avait signalé verbalement et par écrit à l'ancien administrateur et au DSI. Interrogée, cette personne a nié avoir fait le travail d'une PSSP.

Le foyer a permis à l'auxiliaire de fournir des soins en tant que PSSP au foyer, ce qui a entraîné un risque pour la sécurité de toutes les personnes résidentes.

Sources : Documents écrits conservés par la personne ayant déposé la plainte; description du poste; entretiens avec le personnel.

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

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

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

Facilitation des selles et soins liés à l'incontinence

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 évaluation est effectuée au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément aux fins d'évaluation de l'incontinence.

Justification et résumé

La politique de gestion de l'incontinence du foyer stipule que le personnel doit effectuer une évaluation de l'incontinence à l'aide de l'outil clinique approprié dans Point Click Care au moment de l'admission et en cas de changement notable.

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 coordinatrice ou le coordinateur clinique a examiné le dossier médical d'une résidente lors d'un entretien et a constaté que l'évaluation de l'incontinence n'avait pas été effectuée à l'admission de la personne.

L'absence d'évaluation de l'incontinence d'une personne résidente entraîne un risque que son programme de soins ne soit pas mis en œuvre de manière à répondre à ses besoins personnels.

Sources : Politique de gestion de l'incontinence; dossier clinique d'une personne résidente; entretiens avec le personnel.

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

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

Non-respect de : 56 (2) g) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Facilitation des selles et soins liés à l'incontinence
par. 56(2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

g) les résidents qui ont besoin de produits pour incontinence disposent d'assez de produits de rechange pour demeurer propres et au sec et se sentir en confort.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente qui a besoin de produits pour incontinence dispose d'assez de produits de rechange pour demeurer propre et au sec et se sentir en confort.

Justification et résumé

Un rapport d'incident critique (CRI) a été transmis à la directrice ou au directeur concernant des allégations de négligence envers une personne résidente, à savoir des soins d'incontinence non effectués. Une plainte a également été déposée auprès de la directrice ou du directeur concernant la non-satisfaction des besoins en soins de la personne résidente en raison de lacunes du personnel et de retard dans les soins de gestion de l'incontinence.

Le programme de soins de la personne résidente indique que le personnel doit vérifier ou changer sa couche toutes les 2 ou 3 heures pour s'assurer qu'elle n'est pas mouillée. L'examen des notes d'enquête interne du foyer concernant la plainte révèle que les notes consignées au point de service montrent que des soins ont 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

prodigués à la personne résidente à une date donnée, à 8 h 30, 12 h 30, 13 h et 14 h 30, mais que rien n'a été noté par l'équipe de nuit.

Le rapport sur les questions de suivi relatives à la miction provoquée par l'incontinence à une date donnée indique que la personne résidente n'a pas uriné ou qu'elle a été continente pendant le quart de nuit, mais incontinente à 8 h 30 et à 12 h 30. Le rapport indique également que la personne était continente lors du point de contrôle de 14 h 30. Aucune miction accidentelle n'a été notée le soir, tous les jours à partir d'une date donnée.

Les notes d'évolution à une date donnée indiquent qu'il y avait une odeur abondante et la PSSP a signalé que le lit de la personne résidente était saturé, ce qui indique également que l'unité manquait de personnel.

Une PSSP a déclaré avoir trouvé une personne résidente trempée et signalé le fait que les soins ne semblaient pas avoir été prodigués tous les jours; elle a reconnu penser que c'était parce qu'il n'y avait pas assez de personnel pour la changer quotidiennement.

La coordonnatrice ou le coordonnateur de l'instrument d'évaluation des personnes résidentes a déclaré qu'il y avait des lacunes importantes dans le suivi écrit des soins prodigués aux personnes résidentes et a précisé que les soins non consignés sont réputés ne pas avoir eu lieu.

Le fait de ne pas veiller à ce qu'une personne résidente soit changée assez souvent pour rester propre, sèche et à l'aise entraîne un risque d'inconfort et d'aggravation des affections cutanées.

Sources : RIC; plainte; dossier clinique de la personne résidente; entretiens avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Comportements réactifs

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

Non-respect de : 58 (4) b) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Comportements réactifs

58 (4) Le titulaire de permis veille à ce qui suit pour chaque résident qui affiche des comportements réactifs :

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

b) des stratégies sont élaborées et mises en œuvre pour réagir à ces comportements, dans la mesure du possible.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des stratégies soient élaborées et mises en œuvre pour réagir à des comportements réactifs d'une personne résidente.

Justification et résumé

La politique du foyer en matière de comportements réactifs indique que chaque personne résidente sera évaluée et observée pour ses comportements réactifs à l'admission, tous les trimestres et au besoin, et que le foyer mettra en œuvre et évaluera des stratégies et des interventions pour prévenir, réduire et traiter les comportements réactifs.

Le dossier clinique d'une personne résidente indique qu'un renvoi au Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement (Projet OSTC) a été effectué à une date précise pour une personne résidente présentant des comportements réactifs.

Depuis son admission au foyer, la personne résidente a manifesté à plusieurs reprises des comportements réactifs.

Un examen du programme de soins de la personne résidente a révélé que le comportement réactif n'avait pas été déterminé et qu'aucune stratégie n'avait été élaborée ou mise en œuvre pour répondre à ces comportements.

L'examen des notes d'évolution de la personne résidente révèle un incident de comportement réactif à l'égard d'une personne résidente à une date donnée, non suivi d'une évaluation, d'une observation ou d'un renvoi au Projet OSTC en réponse à l'aggravation du comportement réactif.

La personne responsable du Projet OSTC a indiqué ne pas avoir rempli le formulaire de demande d'intervention pour la personne résidente et que le programme de soins ne prévoyait pas d'interventions pour les comportements réactifs indiqués.

La ou le DSI a déclaré que le foyer s'attendait à ce que le programme de soins mette l'accent sur les comportements réactifs et a reconnu qu'il ne prévoyait aucune intervention visant à promouvoir la sécurité

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 la personne résidente.

Le fait de ne pas élaborer et mettre en œuvre des stratégies pour répondre aux comportements réactifs d'une personne résidente entraîne un risque pour sa sécurité et celle des autres personnes résidentes du foyer.

Sources : Dossier clinique de la personne résidente, politique sur les comportements réactifs et entretiens avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Production alimentaire

Cas de non-conformité n° 009 – avis écrit remis au titre de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : 78 (3) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Préparation alimentaire

78 (3) Le titulaire de permis veille à ce que tous les aliments et liquides compris dans le système de préparation alimentaire soient préparés, entreposés et servis au moyen de méthodes qui, à la fois :
b) empêchent l'adultération, la contamination et les maladies d'origine alimentaire. 78 (3) b) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que tous les aliments et liquides compris dans le système de préparation alimentaire soient préparés, entreposés et servis au moyen de méthodes qui empêchent l'adultération, la contamination et les maladies d'origine alimentaire.

Justification et résumé :

Lors d'une inspection du foyer, les faits suivants ont été constatés :
A une date donnée, deux chariots d'alimentation dans deux zones du foyer n'avaient pas de couvercle sur les récipients d'eau et de jus de pomme, de canneberge et d'orange.

À une date donnée, deux chariots d'alimentation dans une zone d'accueil donnée ne comportaient pas de couvercles sur l'eau et les jus, de pomme, de canneberge et d'orange.

Lors d'un entretien avec la ou le gestionnaire des services alimentaires (GSA), cette personne a confirmé disposer de quelques couvercles supplémentaires dans le foyer et affirmé qu'elle en commanderait d'autres. Elle a également confirmé que sur les chariots d'alimentation du foyer, les contenants de jus et d'eau doivent être

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

munis d'un couvercle et rester couverts afin de prévenir
l'adultération et les maladies d'origine alimentaire.

Le fait de ne pas conserver les liquides dans un récipient muni d'un
couvercle expose les personnes résidentes à un risque d'adultération,
de contamination et de maladie d'origine alimentaire.

Sources : Observations, entretien avec la ou le GSA.

AVIS ÉCRIT : Services d'entretien Problème de conformité n° 010 Avis
écrit remis aux termes de la LRSLD, 2021, al. 154(1)1.

Non-respect de : 96 (2) i) du Règl. de l'Ont. 246/22

Services d'entretien

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 :
(i) la température de l'eau chaude qui alimente les baignoires et les
douches qu'utilisent les résidents est maintenue à au moins 40 degrés
Celsius;

Le titulaire de permis doit veiller à l'élaboration et à la mise en
œuvre de marches à suivre qui garantissent que la température de l'eau
chaude qui alimente les baignoires et les douches qu'utilisent les
résidents est maintenue à au moins 40 degrés Celsius.

Justification et résumé :

Lors d'une visite du foyer, les salles de bain et de douche ont été
observées.

Selon la politique du foyer concernant le bain, la douche et la
surveillance de la température de l'eau, le personnel soignant doit
vérifier la température de l'eau pour s'assurer qu'elle se situe entre
40 et 49 degrés Celsius. Si la température de l'eau est inférieure à
40 degrés Celsius, les mesures suivantes doivent être prises :

- i. réchauffer l'eau, à moins que la personne résidente ne demande
expressément le contraire;
- ii. Informer le superviseur ou le service d'entretien si la situation
ne peut être résolue.
- iii. Trouver une autre solution pour le bain ou la douche et la
consigner au dossier.

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'examen des dossiers relatifs à la température des baignoires a révélé que les températures suivantes avaient été relevées pendant un mois donné :

- La température d'une unité donnée a été prise 15 fois, uniquement par l'équipe de jour, et des températures entre 37,0 et 37,9 degrés Celsius ont été enregistrées.

- La température d'une autre unité a été prise 25 fois, l'équipe de jour et l'équipe du soir ayant enregistré des températures comprises entre 37,0 et 38,0 degrés Celsius.

- Les températures des douches ne sont pas enregistrées.

Lors des discussions, la directrice ou le directeur des services environnementaux (DSE) et la ou le DSI ont confirmé que le personnel est censé vérifier la température de l'eau avant le bain et la douche d'une personne résidente, afin de s'assurer que la température de l'eau n'est pas trop froide, ce qui n'est pas fait avant le bain à tous les quarts de travail.

L'absence de vérification de la température de l'eau de la baignoire et de la douche pour s'assurer qu'elle n'est pas trop basse expose les personnes résidentes à un risque d'inconfort.

Sources : Politique de surveillance des bains, des douches et de la température de l'eau; journal des températures des baignoires; entretiens avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Entreposage sécuritaire des médicaments

Problème de conformité n° 011 - avis écrit remis au titre de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : 138 (1) (a) (ii) du Règl. de l'Ont. 246/22

Entreposage sécuritaire des médicaments

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

(a) les médicaments sont entreposés dans un endroit ou un chariot à médicaments,

(ii) qui est sûr et verrouillé.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les médicaments de deux personnes résidentes soient entreposés dans un endroit ou un chariot à médicaments qui est sûr et verrouillé.

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

Lors d'observations séparées dans les chambres de deux personnes résidentes, des contenants de médicaments étiquetés comme étant des médicaments sur ordonnance et portant le nom de chacune de ces personnes ont été observés sur les tables de chevet.

La politique du foyer en matière de médicaments stipule que tous les médicaments doivent être conservés dans un endroit sécurisé, fermé à clé et accessible uniquement aux membres désignés du personnel.

Le personnel a reconnu que le foyer s'attend à ce que tous les médicaments soient conservés sous clé et en sécurité dans la salle ou le chariot de médicaments.

Le fait de ne pas s'assurer que les médicaments des personnes résidentes sont conservés dans un endroit sécurisé entraîne un risque pour les personnes résidentes, qui pourraient les consommer ou les utiliser de manière dangereuse.

Sources : observations; politique d'entreposage des médicaments; entretiens avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Construction et rénovation de foyers

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

Non-respect de : 356 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Construction et rénovation de foyers

356 (2) Le titulaire de permis ne doit pas permettre la transformation, l'agrandissement, la rénovation ou la réparation du foyer ou de son équipement, de même que l'entretien de ceux-ci, si ce n'est dans le but d'en maintenir ou d'en améliorer les aspects fonctionnels.

Un titulaire de permis a omis de veiller à ce que ne soient exécutés aucuns travaux de transformation, d'agrandissement, de rénovation, d'entretien ou de réparation du foyer ou de son équipement n'ayant pas pour but d'en maintenir ou d'en améliorer les aspects fonctionnels.

Justification et résumé :

Lors de visites du foyer à deux dates précises, il a été constaté que

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 salles de douche étaient modifiées et utilisées comme espace de stockage pour les fournitures et équipements médicaux.

Un entretien avec le personnel a confirmé que les salles de douche ne doivent pas être utilisées pour stocker du matériel.

L'absence d'équipement dans une salle de douche expose la personne résidente à un risque de blessure.

Sources : Observations, entretiens avec le personnel.

ORDRE DE CONFORMITÉ ICO n° 001 Le foyer doit être un milieu sûr et sécuritaire

Problème de conformité n° 013 - ordre de conformité aux termes de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 5 de la LRSLD (2021).

Foyer : milieu sûr et sécuritaire

art. 5. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer soit un milieu sûr et sécuritaire pour ses résidents.

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

Ce qui est exigé du titulaire du permis :

1. L'administrateur ou la personne désignée met en œuvre un processus dans le foyer qui comprend les éléments suivants

a.) Toutes les fugues de personnes résidentes doivent être immédiatement signalées à l'infirmière ou l'infirmier responsable et à la directrice ou au directeur des soins infirmiers (ou au gestionnaire de garde en dehors des heures de travail).

b.) La balise anti-fugue doit être vérifiée et remplacée immédiatement si elle ne fonctionne pas, après toute fugue ou tentative de fugue d'une personne résidente.

c.) Identifier les interventions de sécurité pouvant être mises en œuvre.

2. La procédure doit être affichée dans un endroit visible pour le personnel et communiquée au personnel infirmier de toutes 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

disciplines au moment du changement d'équipe, pendant une période de trois jours. Un registre des présences doit être tenu, indiquant la date et l'heure des comptes rendus, la personne qui a communiqué la procédure, les noms des membres du personnel et les signatures des personnes qui ont assisté à ces comptes rendus, et les rapports écrits doivent être mis à la disposition des inspecteurs à leur demande.

3. Tenir un registre de la mise en œuvre des alertes de fugue et des améliorations apportées à la sécurité des portes.

4. Le foyer effectuera une vérification écrite portant sur une période de quatre semaines, de toutes les fugues et tentatives de fugue. La vérification portera sur les points suivants

a.) le nom de la personne résidente qui a tenté de fuguer ou qui a fugué;

b.) la date et l'heure de la fugue;

c.) la raison pour laquelle la personne résidente a pu fuguer, si elle est connue;

d.) la date et l'heure de la vérification de la balise anti-fugue et les résultats;

e.) la date et l'heure auxquelles le dispositif anti-fugue a été remplacé s'il ne fonctionnait pas;

f.) le nom du gestionnaire, ainsi que la date et l'heure auxquelles il a été informé;

g.) les interventions de sécurité mises en œuvre;

h.) les mesures de suivi prises par la direction lorsque la procédure n'est pas suivie;

i.) la personne qui a réalisé la vérification après chaque fugue ou tentative de fugue.

5. Conserver une trace écrite de la vérification et la mettre à la disposition des inspecteurs dès qu'ils en font la demande.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer constitue un environnement sûr et sécurisé pour les personnes qui y résident.

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 plainte a été déposée auprès de la directrice ou du directeur concernant des fugues répétées de personnes résidentes du foyer.

Les rapports d'incidents de gestion des risques du foyer ont été examinés pour rechercher des fugues et il a été constaté qu'à trois occasions distinctes, trois personnes résidentes ont été retrouvées à l'extérieur. Les rapports d'incident de quatre autres personnes résidentes comportaient chacun deux incidents de fugue et de découverte à l'extérieur.

Un bon de travail montre qu'une entreprise a rencontré la directrice ou le directeur des soins infirmiers pour discuter des améliorations à apporter au système d'alerte anti-fugue. L'entreprise a constaté que le système ne sonnait pas sur les téléavertisseurs ni sur les écrans des couloirs et, après enquête, a découvert que quelqu'un avait débranché le câblage du contrôleur d'appel infirmier et que le système ne pouvait être entendu que localement, à la porte d'entrée du foyer. Il a recâblé le système de manière à le connecter aux systèmes de téléavertisseurs du personnel, de manière à ce que le personnel soit alerté lorsqu'une personne résidente quitte le bâtiment à un moment où tout le personnel se trouve trop loin de la porte d'entrée pour l'entendre.

Un document intitulé « Roam Alert Improvements » détaille les programmes d'amélioration du foyer et les interventions mises en place pour limiter le risque de fugue. Le foyer a retiré les chaises du hall d'entrée pour dissuader les résidentes de s'attarder devant les portes et a fait appel à des intérimaires pour se poster à la porte d'entrée pendant douze heures chaque jour pour des raisons de sécurité.

En outre, un panneau d'alarme extérieur a été installé sur les portes extérieures. Le service d'incendie s'est rendu sur place à une date donnée et a fourni un document écrit attestant qu'il ne voyait pas d'inconvénient à ce que ce panneau soit utilisé pour assurer la sécurité du foyer.

Les entretiens avec l'auxiliaire d'entretien, le directeur ou la directrice des soins infirmiers et l'administratrice ou administrateur par intérim ont montré qu'ils étaient au courant des fugues en cours et qu'ils reconnaissaient que des améliorations avaient été décidées en matière d'alertes anti-fugue et qu'elles étaient en cours de mise

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 œuvre, mais qu'elles n'étaient pas encore terminées. L'entreprise chargée du système d'alerte était présente le dernier jour de l'inspection et continuait à travailler sur le système pour s'assurer qu'il fonctionnait correctement.

Le fait de ne pas s'assurer que le système d'alerte anti-fugue et les balises anti-fugue fonctionnent entraîne le risque que les personnes résidentes fuguent et qu'elles soient portées disparues ou se blessent.

Sources : Dossiers cliniques de personnes résidentes, bons de travail, comptes rendus d'alerte de fugue, entretiens avec le personnel.

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

Un avis de pénalité administrative est délivré dans le cadre du présent ordre de conformité APA n° 0033

AVIS DE PÉNALITÉ ADMINISTRATIVE (APA)

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

Avis de pénalité administrative (APA) n° 003**Lié à l'ordre de conformité (Problème de conformité) n° 001**

En vertu 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 1 100,00 \$, 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.

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

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

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.

Documents relatifs à l'ORDRE DE CONFORMITÉ n° 002

Problème de conformité n° 014 - ordre de conformité aux termes de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : 6 (9) 1 de la LRSLD (2021).

Programme de soins

6 (9) Le titulaire de permis veille à ce que les éléments suivants soient documentés :

1. La prestation des soins prévus dans le programme de soins.

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

Ce qui est exigé du titulaire du permis :

1. La directrice ou le directeur des soins infirmiers mettra en place une procédure de suivi des membres du personnel qui ne remplissent pas les documents relatifs aux tâches liées aux soins et à la sécurité.
2. La directrice ou le directeur des soins infirmiers, ou son représentant, procédera à la vérification des documents une fois par semaine au foyer de Kawartha, pendant une période de quatre semaines. La vérification portera sur les éléments suivants

a) Les noms des personnes résidentes pour lesquelles il manque des notes sur les tâches de soins et de sécurité pour la semaine.

b) Le suivi effectué auprès du personnel infirmier qui a omis de consigner leurs activités, y compris le nom de la personne, la date du suivi, la raison pour laquelle la personne n'a pas pris de notes et les mesures prises pour améliorer la consignation des tâches. Conserver une trace écrite du processus et de la vérification et la mettre à la disposition des inspecteurs, à leur demande.

Motifs

1. Le titulaire du permis n'a pas veillé à ce que la prestation des soins décrits dans le programme de soins d'une résidente soit consignée par écrit :

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 plainte a été soumise à la directrice ou au directeur concernant le fait qu'une personne résidente n'a pas reçu de soins en raison d'un manque de personnel.

Un examen des dossiers cliniques d'une personne résidente indique qu'il n'y avait pas de notes sur les soins dispensés le soir à certaines dates et que de nombreuses tâches assignées, notamment les soins d'incontinence, les contrôles de sécurité, le bain et les comportements, n'étaient pas consignés comme elles auraient dû l'être.

Le personnel a indiqué que le foyer manquait de personnel la plupart du temps à ces dates et qu'il n'avait pas assez de temps pour consigner ses activités au dossier.

Le personnel a indiqué que le foyer était conscient des lacunes importantes dans les notes au dossier d'une résidente, qu'il procédait à une vérification et qu'il dispensait une formation au personnel infirmier afin d'améliorer les pratiques de consignation des activités, et qu'il reconnaissait que le personnel remplissait moins de documents lorsqu'il était en sous-effectif.

Le fait de ne pas s'assurer que les soins d'une personne résidente sont consignés par écrit comme il se doit entraîne une incertitude quant à savoir si les soins ont effectivement été prodigués en cas de manque de personnel, ce qui pose un risque pour la qualité de vie de la personne résidente.

Sources : Plainte, dossier clinique d'une personne résidente, entretiens avec le personnel.

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la prestation des soins prévus au programme de soins pour une personne résidente soit consignée par écrit :

Justification et résumé

Un rapport d'incident critique (RIC) et une plainte ont été déposés à la directrice ou au directeur concernant des allégations de mauvais traitement et de négligence à l'égard d'une personne résidente.

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

Un examen du dossier clinique d'une résidente a révélé que les notes sur ses tâches de soins étaient incomplètes au cours de certains mois.

Le personnel a déclaré que le foyer s'attendait à ce que tous les soins soient notés par écrit et a reconnu que le foyer était conscient des lacunes importantes à cet égard.

La directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI) a reconnu qu'un dossier incomplet n'apporte pas la preuve qu'une personne résidente a reçu les soins prévus dans son programme de soins.

Le fait de ne pas s'assurer que les soins prodigués à une personne résidente sont consignés par écrit constitue un risque pour la qualité de vie lorsque les soins n'ont pas été prodigués conformément au programme de soins.

Sources : RIC, plainte, documents de point de service des personnes résidentes, entretiens avec le personnel.

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

ORDRE DE CONFORMITÉ N° 003 Services infirmiers et services de soutien personnel

Problème de conformité n° 015 - ordre de conformité au titre de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : 35 (3) a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Services infirmiers et services de soutien personnel

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

a) prévoir une dotation en personnel variée qui est compatible avec les besoins évalués des résidents en matière de soins et de sécurité et qui satisfait aux exigences de la Loi et du présent règlement.

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

Ce qui est exigé du titulaire du permis :

1. L'administrateur et le directeur ou la directrice des soins communiqueront le plan d'urgence en matière d'effectif au personnel infirmier autorisé du foyer, y compris une liste de contacts à des agences de travail temporaire pouvant être jointes en dehors des heures de travail lorsque les effectifs sont inférieurs à ceux prévus.

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

2. Mettre le plan d'urgence en matière d'effectif du foyer à la disposition des personnes chargées de pourvoir les postes vacants, notamment en dehors des heures de travail et pendant les fins de semaine.
3. Mettre en œuvre un processus écrit de recrutement et d'embauche de personnel pour pourvoir les postes vacants en soins infirmiers au foyer.
4. Effectuer une vérification une fois par semaine pendant une période de quatre semaines. Inclure dans la vérification :
 - a) le nombre de postes infirmiers vacants, y compris ceux qui le sont en raison d'une absence;
 - b) le nombre d'entrevues de candidats effectuées;
 - c) le nombre d'infirmières et infirmiers embauchés.
5. Conserver une copie écrite du plan d'urgence en matière d'effectif, du processus de recrutement et d'embauche et de la vérification, et la fournir immédiatement aux inspecteurs, à leur demande.

Motifs

1. Le titulaire du permis n'a pas veillé à ce que la composition du personnel corresponde aux besoins évalués d'une personne résidente en matière de soins et de sécurité, étant donné que celle-ci n'a pas reçu les soins correspondant à ses besoins évalués.

Justification et résumé

Un rapport d'incident critique (RIC) et une plainte ont été soumis à la directrice ou au directeur concernant des allégations de négligence à l'égard d'une résidente en raison de l'absence de soins. Les allégations portaient notamment sur le fait que les effectifs étaient insuffisants pour répondre aux besoins évalués de la personne résidente.

Le personnel a indiqué qu'il savait que le foyer n'avait pas assez de personnel à une date précise et que cela avait contribué à la carence de soins d'une personne résidente.

Un examen des registres de présence du personnel a montré que le foyer était en sous-effectif dans une unité, indiquant que les jours et les soirs, il y avait deux par PSSP pour 25 personnes résidentes au lieu

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 trois. Les documents de recrutement fournis par le foyer révèlent que plusieurs postes sont vacants.

Une non-conformité a été relevée dans ce rapport en ce qui concerne le manque de personnel :

- LRSLD (2021), par. 6 (9), concernant la documentation de la prestation des soins prévus dans le programme de soins.
- Règl. de l'Ont. 246/22, art. 37, voulant que chaque personne résidente prenne un bain au moins deux fois par semaine.
- Règl. de l'Ont. 246/22, par. 56 (2) g), selon lequel les personnes résidentes qui ont besoin de produits pour incontinence disposent d'assez de produits de rechange pour demeurer propres et au sec et se sentir en confort.

La directrice ou le directeur des soins infirmiers et l'administratrice ou l'administrateur intérimaire ont reconnu que le foyer avait eu des problèmes de personnel et que, pendant certains quarts de travail, le personnel était en sous-effectif. Le permis n'a pas été en mesure de recruter et de conserver du personnel conformément à son programme de dotation. L'administratrice ou l'administrateur intérimaire a indiqué que le foyer avait plusieurs postes vacants en soins infirmiers et a reconnu que le foyer recevait maintenant le soutien du siège social pour recruter et embaucher du personnel.

Le fait de ne pas s'assurer que la composition du personnel est cohérente pour répondre aux besoins évalués d'une résidente a eu pour conséquence qu'elle n'a pas reçu de soins de continence et de bains, ce qui constitue un risque pour son confort et sa qualité de vie.

Sources : Plainte; dossier clinique d'une personne résidente; fiches de présence du personnel; documents de recrutement; entretiens avec le personnel.

2. Le titulaire du permis n'a pas veillé à ce que la composition du personnel soit conforme au plan d'urgence.

Justification et résumé :

Un examen du plan de dotation du foyer a révélé que trois personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP) doivent être affectées à chaque secteur du foyer pendant le quart de 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

Le plan d'urgence en matière d'effectif du foyer révèle que lorsqu'il n'y a que deux PSSP au foyer, il faut communiquer avec les agences partenaires qui sont actuellement sous contrat avec le foyer et qui ont été orientées vers le foyer. Le foyer fait appel à une agence précise pour les affectations de PSSP. Le foyer a fourni une liste des agences avec lesquelles le titulaire du permis a conclu un contrat. Il y a six agences privilégiées et vingt-quatre autres agences sous contrat, tant pour le soutien clinique que non clinique.

L'examen de la liste a révélé que le plan de dotation n'avait pas été respecté à de nombreuses dates.

Les entretiens menés avec la ou le DSI et la ou le gestionnaire de garde, qui était le GSE, ont confirmé que le foyer n'était pas doté d'un nombre suffisant d'agents PSSP, comme l'aurait voulu le plan de dotation, et que le plan d'urgence visant à faire appel à d'autres agences disponibles n'avait pas été mis en œuvre, alors qu'il aurait dû l'être. L'administratrice ou l'administrateur par intérim et la directrice ou le directeur régional, qui étaient tous deux sur place lors de l'inspection, n'étaient pas au courant du plan de dotation pour les dates spécifiées et ne se sont pas renseignés sur le calendrier de dotation. Le personnel a confirmé qu'il ne connaissait pas les autres agences disponibles et qu'il n'avait pas d'autres coordonnées pour les contacter.

Le titulaire du permis n'a pas mis en œuvre son programme d'urgence, ce qui a entraîné un risque de préjudice lorsque les besoins en soins des résidents, évalués en fonction du plan de dotation en personnel et au plan d'urgence, n'ont pas été satisfaits en raison d'un manque de personnel.

Sources : Liste; plan d'urgence en matière de personnel, listes d'agences de niveaux 1 et 2; entretiens avec le personnel.

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

Un avis de pénalité administrative (APA) n'est délivré dans le cadre du présent avis écrit d'APA n° 004

AVIS DE PÉNALITÉ ADMINISTRATIVE (APA)

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

Avis de pénalité administrative (APA) n° 004

Lié à l'ordre de mise en conformité n° 003

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 titre 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.

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° 004 Bain

Problème de conformité n° 016 - ordre de conformité au titre de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021).

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

Bain

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.

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

Ce qui est exigé du titulaire du permis :

1. Mettre en œuvre un processus de communication lorsqu'une personne résidente ne prend pas son bain au moins deux fois par semaine, afin de le signaler immédiatement à la directrice ou au directeur des soins

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

infirmiers et de le noter dans le programme de soins de la personne résidente.

2. Mettre en œuvre un plan de secours en cas de sous-effectif afin de s'assurer que les bains manqués sont effectués et communiquer ce plan au personnel infirmier
3. Réaliser une vérification hebdomadaire sur une période de quatre semaines pour la zone du foyer Stoney. La vérification doit porter sur les points suivants
 - a) Le nom de la personne résidente et les dates de la vérification.
 - b) Si la personne résidente a reçu le minimum de deux bains par semaine, ou les bains décrits dans son programme de soins comme étant sa préférence.
 - c) Si la personne résidente n'a pas reçu le minimum de deux bains par semaine, quelle en est la raison.
 - d) La personne qui a réalisé la vérification.
4. Conserver une copie du processus de communication, du plan de secours et de la vérification et la mettre immédiatement à la disposition des inspecteurs, à leur demande.

Motifs

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

Justification et résumé

Une plainte a été soumise à la directrice ou au directeur concernant le fait qu'une personne résidente n'a pas reçu de soins en raison d'un manque de personnel.

Le programme de soins de la personne résidente indiquait qu'elle devait prendre deux bains par semaine. Le dossier du point de service de la personne résidente indique qu'elle n'a pas pris les deux bains prévus sur une période de dix jours.

Le personnel a expliqué qu'il était en sous-effectif, puisqu'il n'y avait que deux employés au lieu de trois, et que les bains n'étaient pas faits, le programme prévoyant de les faire le lendemain, sauf en cas de sous-effectif. Le personnel a indiqué que s'il manque une PSSP, il n'a pas le temps de prendre des notes dans le dossier ou de faire les bains.

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 personnel a indiqué que la priorité est donnée aux soins et qu'en cas de pénurie de personnel, les bains peuvent être reportés au jour suivant. Le personnel a examiné le dossier clinique de la personne résidente et a constaté qu'elle n'avait pas reçu son bain pendant onze jours, et a reconnu que cela ne constituait pas un traitement conforme à son programme de soins.

Le fait de ne pas veiller à ce qu'une résidente reçoive au moins deux bains par semaine constitue un risque pour sa qualité de vie.

Sources : Plainte; dossiers cliniques de la personne résidente; entretiens avec le personnel.

2. Le titulaire du permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente reçoive au moins deux bains par semaine.

Justification et résumé

Un rapport d'incident critique (RIC) et une plainte ont été déposés à la directrice ou au directeur concernant des allégations de mauvais traitement et de négligence à l'égard d'une personne résidente.

Le programme de soins de la personne résidente indiquait qu'elle préférerait prendre un bain dans une baignoire pendant le quart de jour, deux jours précis par semaine. Un examen du dossier clinique de la personne résidente a montré que le journal des bains était vide à sept dates prévues au cours d'un mois donné.

Le personnel a indiqué que le foyer s'attendait à ce que les personnes résidentes reçoivent au moins deux bains par semaine et a reconnu que le foyer manquait de personnel et n'avait pas assez de temps pour effectuer les bains. La ou le DSI a précisé que le plan de secours du foyer prévoyait que, en cas de manque de personnel, le bain soit effectué le jour suivant, mais il a reconnu que le foyer manquait souvent de personnel et que cela n'était pas toujours possible.

Le fait de ne pas veiller à ce qu'une personne résidente reçoive un bain au moins deux fois par semaine entraîne un risque d'altération de la peau et d'inconfort.

Sources : RIC; dossiers cliniques de la personne résidente; entretiens avec 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

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

ORDRE DE CONFORMITÉ N° 005 Techniques de transfert et de changement de position

Problème de conformité n° 017 - ordre de conformité au titre de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021).

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

Techniques de transfert et de changement de position

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.

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

Ce qui est exigé du titulaire du permis :

1. L'administratrice ou l'administrateur ou son représentant informe l'ensemble du personnel infirmier, y compris le personnel intérimaire et tout autre membre du personnel participant au transfert des personnes résidentes, que les personnes résidentes ne doivent pas être transportées dans des fauteuils roulants sans repose-pieds, conformément à la politique relative à l'équipement de soins des personnes résidentes.
2. Le foyer conservera un registre écrit de la formation, y compris le contenu, les noms des participants, les dates de participation et le fournisseur de la formation, et mettra ce registre à la disposition immédiate des inspecteurs, à leur demande.
3. L'administratrice ou l'administrateur ou son représentant effectue quatre vérifications, une pour chacun des quatre secteurs du foyer, qui ne doivent pas être effectuées le même jour. La vérification portera sur les points suivants :
 - a. Une observation réalisée lorsque le personnel transporte plusieurs personnes résidentes, en particulier avant ou après les repas, ou vers/depuis des activités en groupe.
 - b. La date et l'heure de la vérification, le secteur du foyer et la personne qui a effectué la vérification.

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

c. Une liste de tous les noms de personnes résidentes dont le fauteuil roulant n'est pas équipé de repose-pieds.

d. Observer si la personne résidente s'est déplacée seule ou a été aidée par le personnel et, dans le cas où elle a été aidée par le personnel, si les repose-pieds étaient en place lors du transport.

c.) Suivi auprès des membres du personnel qui ont été observés en train de transporter une personne résidente sans repose-pieds, leurs noms et la nature du suivi effectué.

3. Conserver une trace écrite du processus et de la vérification et la mettre immédiatement à la disposition des inspecteurs, à leur demande.

Motifs

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente ait des repose-pieds lorsqu'elle était transportée dans son fauteuil roulant.

Justification et résumé

Un rapport d'incident critique a été soumis concernant un incident au cours duquel une personne résidente est tombée tandis qu'elle était transportée dans son fauteuil roulant sans repose-pieds, ce qui a entraîné une blessure médicale pour laquelle elle a été transférée à l'hôpital.

La politique du foyer en matière d'équipement pour les soins aux personnes résidentes stipule que le personnel doit s'assurer que les repose-pieds des fauteuils roulants sont en place et fixés, et que les pieds de la personne résidente sont placés sur les repose-pieds avant de la véhiculer dans un fauteuil roulant.

Lors d'un entretien, le membre concerné du personnel a expliqué qu'il transportait une personne résidente dans son fauteuil roulant pendant qu'elle se tenait les pieds en l'air; elle s'est laissé retomber le pied, qui s'est pris sous le fauteuil roulant, la faisant tomber vers l'avant. Le membre du personnel a reconnu qu'il ne savait pas que les personnes résidentes devaient avoir des repose-pieds au moment de l'incident et qu'il avait reçu une formation sur l'utilisation de l'équipement de soins aux résidents, en particulier les repose-pieds, à la suite de l'incident.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Le personnel a déclaré que le foyer s'attendait à ce que le personnel mette des repose-pieds sur les fauteuils roulants chaque fois qu'il porte des résidents.

La directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI) a reconnu que le membre du personnel n'avait pas mis de repose-pieds et que la personne résidente était tombée en avant et s'était blessée.

Le fait de ne pas s'assurer qu'une personne résidente dispose de repose-pieds sur son fauteuil roulant lorsqu'elle est transportée présente un risque modéré de chute et de blessure pour la personne résidente.

Sources : RIC; politique en matière d'équipement pour les soins aux résidents; notes d'enquête du foyer; dossier clinique de la personne résidente; entretiens avec le personnel.

2. Le titulaire du permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente soit transportée avec des repose-pieds sur son fauteuil roulant.

Justification et résumé

Au cours de leur entretien, l'inspectrice ou l'inspecteur et un membre du personnel ont constaté qu'un membre du personnel tirait une résidente à reculons alors qu'elle était affalée dans son fauteuil roulant, sans repose-pieds et avec les pieds pendants près du sol. La personne résidente a ainsi été menée de la porte d'entrée au couloir jusqu'à une unité d'habitation. Le membre du personnel ayant vu la scène a signalé le fait qu'il ne s'agissait pas de la bonne façon de se servir du fauteuil roulant, et que le foyer s'attendait à ce que des repose-pieds soient utilisés.

Le lendemain, un membre du personnel a été observé en train de transporter une personne résidente dans son fauteuil roulant de l'entrée principale du foyer jusqu'à sa place dans la salle à manger, sans repose-pieds. La personne résidente avait un sac à dos bleu sur le dossier de son fauteuil, dans lequel se trouvaient les repose-pieds. Le membre du personnel a précisé que la personne résidente pouvait se déplacer seule dans son fauteuil roulant, mais qu'elle a parfois besoin d'aide étant donné qu'il lui arrivait de se retrouver coincée.

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 membre du personnel a précisé que le foyer s'attendait à ce qu'il y ait des repose-pieds sur les fauteuils roulants pour déplacer les personnes résidentes et qu'il était contraire à la politique du foyer qu'on tire une personne résidente à reculons.

Le fait de ne pas s'assurer qu'une personne résidente est transportée avec ses repose-pieds présente un risque de blessure.

Sources : Observations, entretiens avec le personnel.

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

ORDRE DE CONFORMITÉ N° 006 Entretien ménager

Problème de conformité n° 018 - ordre de conformité au titre de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : 93 (2) a) de Règl. de l'Ont. 246/22

Entretien ménager

93 (2) Dans le cadre du programme structuré de services d'entretien ménager prévu à l'alinéa 19 (1) a) de la Loi, le titulaire de permis veille à ce que soient élaborées et mises en œuvre des marches à suivre visant ce qui suit :

(a) le nettoyage du foyer, notamment :

(i) les chambres à coucher des résidents, y compris les planchers, les tapis, les meubles, les rideaux de séparation et les surfaces de contact et celles des murs,

(ii) les aires communes et celles réservées au personnel, y compris les planchers, les tapis, les meubles, les surfaces de contact et les murs;

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

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

(ii) les fournitures et appareils, y compris les appareils d'aide

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

personnelle, les appareils fonctionnels et les aides pour changer de position,

(iii) les surfaces de contact;

c) l'enlèvement et l'élimination sécuritaire des déchets secs et mouillés;

d) l'élimination des odeurs nauséabondes persistantes.

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

Le titulaire de permis doit :

1. La ou le gestionnaire des services environnementaux (GSE) élaborera un programme de nettoyage quotidien pour le personnel d'entretien ménager et les auxiliaires du foyer pour l'équipe de jour et l'équipe de soir.
2. Le ou la gestionnaire des services environnementaux ou le gestionnaire désigné fera la vérification de différentes chambres au hasard dans chaque aire des personnes résidentes, trois fois par semaine, pour veiller à ce que le personnel de l'entretien ménager effectue le nettoyage quotidien des chambres des personnes résidentes conformément à l'horaire. Ces vérifications doivent être effectuées pendant quatre semaines lors des quarts de jour et de soir.
3. Le ou la GSE examinera les vérifications avec l'administratrice ou l'administrateur par intérim, lorsqu'elles auront été effectuées au bout de quatre semaines, et ils mettront au point un plan de mesures correctives pour tout domaine de non-conformité identifié concernant le nettoyage quotidien des chambres des personnes résidentes. Le plan des mesures correctives, le cas échéant, sera mis en œuvre une semaine après l'achèvement des vérifications.
4. Tenir un journal consigné de toutes les vérifications, y compris les dates, ainsi que les plans d'action, et les remettre immédiatement aux inspecteurs lorsqu'ils en font la demande.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soient élaborées et mises en œuvre des marches à suivre visant :

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

- a) le nettoyage du foyer, notamment :
- i) les chambres à coucher des résidents, y compris les planchers, les tapis, les meubles, les rideaux de séparation et les surfaces de contact et celles des murs.
 - (ii) les aires communes et celles réservées au personnel, y compris les planchers, les tapis, les meubles, les surfaces de contact et les murs.

Justification et résumé :

Lors de l'inspection sur les pratiques de prévention et de contrôle des infections, le personnel d'entretien ménager a été rencontré. La personne interrogée a indiqué travailler de 6 h 45 à 14 h 45 et ne pas effectuer le nettoyage de toutes les chambres des personnes résidentes de l'unité pendant son quart. Elle a également déclaré être responsable de deux unités totalisant quarante-cinq à cinquante-cinq chambres de personnes résidentes, ainsi que des parties communes connexes.

Un examen des dossiers a révélé que le personnel d'entretien ménager doit signer une vérification du nettoyage tous les jours et, si le nettoyage n'est pas terminé, indiquer ce qui a été fait. D'après le programme de travail du foyer, les auxiliaires des services aux résidents doivent nettoyer les chambres des personnes résidentes, les aires communes et les planchers.

Une discussion avec la ou le GSE a révélé que l'ancienne administratrice ou l'ancien administrateur avait éliminé les rôles de concierge à temps plein et à temps partiel et les avait remplacés par six postes d'auxiliaire de service aux résidents, soit trois à temps plein et trois à temps partiel.

Lors des discussions avec une personne titulaire du poste, celle-ci a indiqué que le nettoyage n'était pas effectué quotidiennement dans le foyer et qu'il n'y avait pas de vérification du nettoyage pour indiquer quelles zones avaient été nettoyées. Lors de la discussion avec l'inspectrice ou l'inspecteur, la ou le GSE a confirmé ne pas être au courant des nettoyages manqués et ne pas effectuer de vérification de l'environnement des chambres des résidentes ou du nettoyage des aires communes de la résidence.

Le fait de ne pas surveiller les tâches d'entretien ménager et de nettoyage des auxiliaires dans le foyer peut présenter un risque d'infection pour les personnes résidentes et peut contribuer à

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'insatisfaction des personnes résidentes à l'égard de la propreté du foyer.

Sources : Vérification du programme d'entretien ménager; description du poste de préposé à l'entretien ménager et de l'auxiliaire de soutien; entretiens avec le personnel.

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

ORDRE DE CONFORMITÉ ICO n° 007 Substances dangereuses

Problème de conformité n° 019 - ordre de conformité aux termes de la disposition 154 (1) 2 de la *LRSLD (2021)*.

Non-respect de : article 97 du Règl. de l'Ont. 246/22

Substances dangereuses

97. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les substances dangereuses du foyer soient étiquetées de façon appropriée et gardées hors de la portée des résidents en tout temps.

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

Le titulaire de permis doit :

1. La ou le gestionnaire des services environnementaux ou la personne désignée par la direction procédera à une vérification de chaque chariot de ménage en équipe de jour et en équipe du soir (y compris les week-ends et les jours fériés) afin de s'assurer que les produits chimiques dangereux sont étiquetés et stockés de manière sûre et inaccessible aux personnes résidentes.
2. La vérification sera effectuée quotidiennement dans chaque unité des équipes de jour et de soirée, en notant la date, l'heure et le lieu de la vérification, le nom de la personne chargée de la vérification et de la personne vérifiée, ainsi que toute mesure corrective prise. Cette vérification aura lieu tous les jours pendant deux semaines, puis deux fois par semaine pendant deux semaines.
3. Le foyer conservera la vérification et les dossiers et les mettra à la disposition de l'inspecteur, à sa 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

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que toutes les substances dangereuses soient gardées hors de la portée des personnes résidentes en tout temps.

Justification et résumé

Au cours d'une visite du foyer, il a été observé qu'un chariot de l'entretien ménager avec de produits chimiques avait été laissé dans le couloir sans supervision.

La politique du foyer concernant les chariots d'entretien stipule que les produits chimiques sur un chariot doivent être verrouillés et inaccessibles aux résidents, et que tous les produits chimiques sont étiquetés en fonction de leur contenu.

Le personnel a confirmé que le chariot d'entretien ménager était laissé sans surveillance et qu'il contenait un désinfectant puissant et des chiffons à l'intérieur d'un contenant étiqueté Hellman's Mayonnaise sur le plateau du chariot. L'étiquette secondaire indiquait Oxivir Plus. Le membre du personnel a indiqué que le couvercle était sur le récipient de mayonnaise Hellman's et a estimé que cela suffisait pour assurer la sécurité des résidents.

Cette personne a confirmé qu'elle conservait les désinfectants puissants et les chiffons dans un récipient étiqueté Hellman's Mayonnaise, sur le plateau du chariot, car c'était la pratique dans le foyer, et qu'aucun gestionnaire n'avait donné d'indication contraire.

Elle a aussi confirmé que tous les chariots d'entretien ménager du foyer contenant des produits chimiques dangereux doivent être fermés à clé lorsqu'ils ne sont pas surveillés, conformément à la politique du foyer.

Le fait de ne pas s'assurer que les substances dangereuses sont toujours inaccessibles aux personnes résidentes peut entraîner un risque de blessure si les produits ne sont pas manipulés correctement ou s'ils sont ingérés, inhalés ou absorbés.

Sources : Observations; politique concernant les chariots d'entretien; entretiens avec le personnel.

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

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 commercial 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;

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

- 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 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

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

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.