

longue durée**Ministère des Soins de longue durée**

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

District du Centre-Est

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

Rapport public**Date d'émission du rapport :** le 19 février 2026**Numéro d'inspection :** 2026-1088-0001**Type d'inspection :**

Inspection proactive de la conformité

Titulaire de permis : Extendicare (Canada) inc.**Foyer de soins de longue durée et ville :** Extendicare Peterborough,
Peterborough**RÉSUMÉ D'INSPECTION**

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : les 22, 23 et du 26 au 30 janvier 2026, et du 2 au 6, du 9 au 13 et du 17 au 19 février 2026.

L'inspection a eu lieu hors site à la date suivante : le 12 février 2026.

L'inspection concernait :

Le signalement : n° 00166538 – inspection proactive de la conformité

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

- Gestion des médicaments
- Alimentation, nutrition et hydratation
- Foyer sûr et sécuritaire
- Amélioration de la qualité
- Gestion de la douleur
- Prévention et gestion relatives aux soins de la peau et des plaies
- Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
- Conseils des résidents et des familles
- Entretien ménager, services de buanderie et d'entretien
- Prévention et contrôle des infections
- Prévention des mauvais traitements et de la négligence
- Normes en matière de dotation en personnel, de formation et de soins
- Droits et choix des résidents

longue durée

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

Non-respect de conformité rectifié

Un **non-respect de conformité** a été constaté lors de cette inspection et il a été **rectifié** par le titulaire de permis avant la fin de l'inspection. L'inspecteur ou l'inspectrice a jugé que le non-respect répondait à l'intention du paragraphe 154 (2) et qu'aucune autre mesure n'était nécessaire.

Problème de conformité n° 001 – Rectifié en vertu de la disposition 154 (2) de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 20 a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Système de communication bilatérale

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

a) il est aisément visible, accessible et utilisable par les résidents, le personnel et les visiteurs en tout temps.

Une personne résidente a avisé le personnel qu'elle ne pouvait pas « appuyer sur sa sonnette d'appel » en raison de l'évolution de son état de santé. La personne résidente a avisé le personnel qu'elle ne pouvait pas utiliser sa sonnette d'appel. La sonnette d'appel de la personne résidente n'était pas à sa portée.

Sources : observations et entretien avec la personne résidente.

Date de la rectification : 12 février 2026

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité n° 002 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1. de la LRSLD (2021)

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

Programme de soins

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

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

Les dossiers cliniques de la personne résidente faisaient état de soins palliatifs ou

longue durée**Ministère des Soins de longue durée**

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

District du Centre-Est

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

de soins de confort, mais n'indiquaient pas les mesures d'intervention qui ont été mises en œuvre. L'examen des dossiers a montré que le programme de soins provisoire prévoyait une mesure d'intervention qui indiquait de fournir un soutien émotionnel. Le ou la responsable de la gestion de la douleur et des soins palliatifs a confirmé que le programme de soins provisoire de la personne résidente devrait inclure d'autres mesures d'intervention que le personnel doit mettre en œuvre lorsque le programme est axé sur les soins palliatifs.

Sources : politique en matière de soins palliatifs, dossiers cliniques de la personne résidente, entretien avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité n° 003 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1. de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 6 (8) de la LRSLD (2021)

Programme de soins

Paragraphe 6 (8) Le titulaire de permis veille à ce que le personnel et les autres personnes qui fournissent des soins directs à un résident soient tenus au courant du contenu du programme de soins du résident et à ce que l'accès au programme soit pratique et immédiat.

L'examen du dossier du programme de soins provisoire de la personne résidente a révélé que cette dernière devait être changée de position chaque heure ou aux deux heures afin d'éviter les complications liées au fait d'être alité. Le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) a confirmé que la mesure d'intervention n'avait pas été consignée dans le système Kardex utilisé par les personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP) pour vérifier les mesures d'intervention des personnes résidentes.

Sources : dossiers cliniques de la personne résidente et entretien avec les membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

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

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

longue durée

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Programme de soins

Paragraphe 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.

Le programme de soins provisoire de la personne résidente indiquait qu'elle devait être tournée et changée de position toutes les deux heures. Le ou la DSI a confirmé qu'aucune tâche n'avait été assignée dans le dossier électronique pour que la personne résidente soit tournée et changée de position toutes les deux heures et qu'il n'y avait donc aucune documentation de la part des PSSP indiquant que les soins avaient été prodigués.

Sources : guide de documentation Extencicare, dossiers cliniques d'une personne résidente et entretien avec les membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Obligations précises : propreté et bon état.

Problème de conformité n° 005 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1. de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 19 (2) a) de la LRSLD (2021)

Services d'hébergement

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

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

Il a été observé que les chambres des personnes résidentes et leurs aires communes au sein du foyer étaient malpropres, en particulier les revêtements de sol, les fenêtres, les moustiquaires et les unités de chauffage et de refroidissement qui étaient visiblement souillés.

Sources : observations.

AVIS ÉCRIT : Obligation de répondre

Problème de conformité n° 006 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1. de la LRSLD (2021)

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

Pouvoirs du conseil des résidents

longue durée

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

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

Les procès-verbaux des réunions du conseil des résidents et du comité alimentaire ont été examinés. La documentation n'indiquait pas qu'une réponse a été fournie dans un délai de 10 jours aux membres du conseil des résidents et du comité alimentaire concernant les plaintes, les sujets de préoccupations ou les recommandations formulées. Les documents indiquaient que de nombreux sujets de préoccupations exprimées par le conseil des résidents et le comité alimentaire étaient en suspens.

Sources : procès-verbaux des réunions du conseil des résidents et du comité alimentaire et entretien avec les membres du conseil des résidents.

AVIS ÉCRIT : Portes dans le foyer

Problème de conformité n° 007 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1. de la LRSLD (2021)

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

Portes dans le foyer

Paragraphe 12 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au respect des règles suivantes :

3. Toutes les portes donnant sur les aires non résidentielles doivent être dotées de verrous pour empêcher leur accès non supervisé par les résidents. Elles doivent être gardées fermées et verrouillées quand elles ne sont pas supervisées par le personnel.

1. Lors de l'inspection, il a été constaté que les portes de pièces définies non résidentielles étaient restées ouvertes. Lors des observations, le personnel n'a pas été vu présent dans les pièces ou dans le couloir adjacent. Les pièces identifiées étaient équipées de mécanismes de verrouillage, mais elles n'étaient pas verrouillées.

Sources : observations.

longue durée

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

2. Lors de l'inspection, il a été constaté qu'une porte donnant accès à un couloir non résidentiel était non sécurisée et déverrouillée. La porte menant au couloir non résidentiel n'était pas équipée d'un mécanisme de verrouillage pour empêcher les personnes résidentes d'y entrer. Le personnel n'a pas été vu dans le couloir de service aux dates indiquées.

Sources : observations.

AVIS ÉCRIT : Ascenseur

Problème de conformité n° 008 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1. de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'article 13 du Règl. de l'Ont. 246/22

Ascenseurs

Article 13 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les ascenseurs du foyer soient équipés de façon à empêcher que les résidents aient accès aux aires dont l'accès leur est interdit.

Un ascenseur à double accès a été observé en service dans le foyer de soins de longue durée. L'ascenseur est accessible aux personnes résidentes, aux membres du personnel et à d'autres personnes. La porte arrière de l'ascenseur s'est ouverte dans une zone non résidentielle. Cependant, elle n'est pas équipée d'un mécanisme pour limiter l'accès aux aires non résidentielles.

Un ascenseur qui n'est pas équipé d'un mécanisme visant à restreindre l'accès aux aires non résidentielles présente un risque de préjudice pour les personnes résidentes.

Sources : observations et entretiens avec les gestionnaires.

AVIS ÉCRIT : Rideaux de séparation

Problème de conformité n° 009 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1. de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'article 16 du Règl. de l'Ont. 246/22

Rideaux de séparation

Article 16 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque chambre occupée par plus d'un résident soit dotée d'un nombre suffisant

longue durée

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

de rideaux de séparation pour assurer l'intimité de chaque résident.

Les rideaux de séparation pour préserver l'intimité dans les chambres partagées ne fermaient pas complètement l'espace de lit de la personne résidente.

Sources : observations.

AVIS ÉCRIT : Fenêtres

Problème de conformité n° 010 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1. de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'article 19 du Règl. de l'Ont. 246/22

Fenêtres

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

Les fenêtres dans les aires communes identifiées des personnes résidentes ont été vues sans moustiquaire.

Sources : observations.

AVIS ÉCRIT : Exigences générales

Problème de conformité n° 011 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1. de la LRSLD (2021)

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

Exigences générales

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

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

longue durée

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

1. L'évaluation annuelle du programme de soins de la peau et des plaies était incomplète et n'indiquait pas la date de mise en œuvre des modifications.

Sources : évaluation de qualité du programme de soins de la peau et entretien avec les membres du personnel.

2. L'évaluation annuelle du programme de gestion de la douleur ne comprenait pas de résumé des modifications apportées et des dates auxquelles ces modifications ont été mises en œuvre.

Sources : évaluation de la qualité du programme de soins palliatifs et de gestion de la douleur et entretien avec les membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Services infirmiers et services de soutien personnel

Problème de conformité n° 012 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1. de la LRSLD (2021)

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

Services infirmiers et services de soutien personnel

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

L'évaluation annuelle des services de soins infirmiers et de soutien personnel du foyer était incomplète et n'indiquait pas la date de mise en œuvre des modifications.

Sources : évaluation de la qualité du programme du personnel en services infirmiers et de PSSP et entretien avec les membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Effets personnels et aides personnelles

Problème de conformité n° 013 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1. de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 41 (1) a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Effets personnels et aides personnelles

Paragraphe 41 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque résident du foyer ait ses effets personnels, notamment ses aides

longue durée

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

personnelles, comme des prothèses dentaires, des lunettes et des aides auditives :
a) étiquetés, dans les 48 heures de son admission et, dans le cas de nouveaux effets, de leur acquisition.

Des effets personnels non étiquetés ont été observés dans des chambres partagées de personnes résidentes et des toilettes communes.

Sources : observations.

AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies

Problème de conformité n° 014 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1. de la LRSLD (2021)

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

Soins de la peau et des plaies

Paragraphe 55 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

b) le résident qui présente des signes d'altération de l'intégrité épidermique, notamment des ruptures de l'épiderme, des lésions de pression, des déchirures de la peau ou des plaies, à la fois :

(i) se fait évaluer la peau par une personne autorisée visée au paragraphe (2.1), au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour l'évaluation de la peau et des plaies.

Au retour de l'hôpital d'une personne résidente dont l'évaluation indiquait la présence de signes d'altération de l'intégrité épidermique, le personnel autorisé n'a pas documenté l'utilisation de l'outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour l'évaluation de la peau et des plaies.

Sources : dossiers cliniques de la personne résidente et entretien avec les membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies

Problème de conformité n° 015 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1. de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 55 (2) e) du Règl. de l'Ont. 246/22

Soins de la peau et des plaies

longue durée**Ministère des Soins de longue durée**

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

District du Centre-Est

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

Paragraphe 55 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

e) le résident qui présente un problème de peau pouvant vraisemblablement nécessiter une intervention en matière de nutrition, ou répondre à une telle intervention, comme des lésions de pression, des ulcères du pied, des plaies chirurgicales, des brûlures ou une dégradation de l'état de sa peau est évalué par un diététiste professionnel ou une diététiste professionnelle (Dt.P.) qui fait partie du personnel du foyer et toute modification que le ou la Dt.P. recommande au programme de soins du résident, en ce qui concerne l'alimentation et l'hydratation, est mise en œuvre. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 55 (2); Règl. de l'Ont. 66/23, art. 12.

Les dossiers cliniques de la personne résidente indiquaient que celle-ci présentait une altération de l'intégrité épidermique et que sa plaie cicatrisait lentement. Le membre du personnel autorisé a indiqué qu'un aiguillage vers le diététiste professionnel ou la diététiste professionnelle (Dt.P.) serait fait. L'examen des dossiers cliniques de la personne résidente a indiqué qu'un aiguillage vers un ou une Dt.P. n'avait été fait que douze jours plus tard, au moment où le ou la Dt.P. avait évalué la personne résidente.

Sources : dossiers cliniques de la personne résidente et entretien avec les membres du personnel.

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

Problème de conformité n° 016 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1. de la LRSLD (2021)

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

Facilitation des selles et soins liés à l'incontinence

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

d) chaque résident ayant des problèmes d'incontinence qui a été évalué comme pouvant éventuellement devenir entièrement ou partiellement continent reçoit du personnel l'aide et l'appui voulus pour le devenir.

Il a été évalué qu'une personne résidente avait besoin de l'assistance d'un membre du personnel et de l'utilisation d'un appareil mécanique pour les besoins définis en matière de soins. La documentation indiquait que des mesures d'intervention ont

longue durée**Ministère des Soins de longue durée**

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

District du Centre-Est

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

été mises en place pour les soins liés à l'incontinence de la personne résidente. La personne résidente a indiqué qu'elle avait subi des répercussions négatives à ses soins en raison des retards dans la réponse des membres du personnel à ses besoins en matière de soins liés à l'incontinence.

Un rapport de vérification de la sonnette d'appel de la personne résidente a été examiné. Les documents indiquaient de nombreuses dates et heures où la réponse des membres du personnel aux sonnettes d'appel a été retardée.

Sources : rapport de communication et de réponse entre les personnes résidentes et les membres du personnel et entretien avec une personne résidente.

AVIS ÉCRIT : Gestion de la douleur

Problème de conformité n° 017 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1. de la LRSLD (2021)

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

Gestion de la douleur

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

Le registre électronique d'administration des médicaments de la personne résidente indiquait qu'elle a reçu à plusieurs reprises des analgésiques au besoin pour gérer la douleur. Le personnel autorisé devait procéder à une évaluation de la douleur après l'administration d'un médicament au besoin. Certaines évaluations de la douleur à l'aide de l'outil d'évaluation approprié sur le plan clinique étaient manquantes lorsque le personnel autorisé a administré un analgésique au besoin à la personne résidente.

Sources : dossiers cliniques de personnes résidentes et entretien avec les membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Programmes de soins alimentaires et d'hydratation

Problème de conformité n° 018 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1. de la LRSLD (2021)

longue durée

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Non-respect de : l'alinéa 74 (2) a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programmes de soins alimentaires et d'hydratation

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

a) l'élaboration et la mise en œuvre, en consultation avec un diététiste agréé faisant partie du personnel du foyer, de politiques et de marches à suivre ayant trait aux soins alimentaires, aux services de diététique et à l'hydratation.

1. La politique du titulaire de permis stipule que le personnel en diététique doit désinfecter la sonde du thermomètre avant de l'insérer dans le prochain plat du menu, ainsi que lorsque la prise de température des aliments est terminée.

Un membre du personnel en diététique a été observé en train de prendre et d'enregistrer les températures des aliments pour les plats prévus au menu. Cette personne a été observée en train d'insérer la sonde de température dans un plat, d'en prendre la température, d'en retirer la sonde, puis d'essuyer celle-ci sur un linge à vaisselle avant de l'insérer dans le ou les plats suivants. Cette personne n'a pas été vue en train de désinfecter la sonde de température entre les plats.

Sources : observations, politique du titulaire de permis et entretien avec un ou une gestionnaire.

2. La politique du titulaire de permis stipule que le personnel en diététique doit couvrir les aliments qui se trouvent à la table à vapeur pendant la conservation des aliments chauds à l'aide des couvercles appropriés afin de minimiser les effets de la perte de chaleur.

Un membre du personnel en diététique a été observé en train d'entrer dans la salle de service, de retirer tous les couvercles qui recouvraient les plats chauds conservés dans la table à vapeur, puis d'en sortir avec les couvercles, avant le service des repas.

Un ou une gestionnaire en diététique a indiqué que de telles actions influent sur la température des aliments.

Sources : observations, politiques du titulaire de permis et entretiens avec un ou une gestionnaire.

longue durée

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

AVIS ÉCRIT : Préparation alimentaire

Problème de conformité n° 019 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1. de la LRSLD (2021)

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

Paragraphe 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.
Règl. de l'Ont. 246/22, par. 78 (3).

Un membre du personnel en diététique a été observé en train d'utiliser ses mains ou ses doigts nus pour placer les aliments sur les assiettes.

Sources : observations.

AVIS ÉCRIT : Préparation alimentaire

Problème de conformité n° 020 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1. de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 78 (6) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Paragraphe 78 (6) Le titulaire de permis veille à ce que le foyer soit doté de ce qui suit : b) un équipement de restauration collective suffisant pour préparer, transporter et maintenir des aliments chauds et froids périssables à des températures sûres.

1. Les plats chauds servis étaient recouverts d'une feuille d'aluminium et placés sur des plateaux en plastique pour les personnes résidentes dont l'évaluation indiquait la nécessité d'un service sur plateau. Les plateaux préparés restaient longtemps sur un rebord non chauffé avant que le personnel ne les transporte dans les chambres des personnes résidentes.

Un membre du personnel en diététique a indiqué qu'il n'y avait pas suffisamment de couvercles thermiques pour conserver ou transporter les aliments chauds destinés aux personnes dont l'évaluation indiquait la nécessité d'un service sur plateau.

Sources : observations et entretiens avec les membres du personnel et un ou une gestionnaire.

longue durée**Ministère des Soins de longue durée**

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

District du Centre-Est

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

2. Une observation du service de restauration a permis de constater des retards dans un service de repas, en particulier des personnes résidentes assises aux tables en attente de leur plat principal.

Un membre du personnel en diététique a indiqué que le service des repas avait été retardé, car il ne disposait pas du nombre suffisant d'équipements nécessaires pour préparer les plats prévus au menu. Cette personne a mentionné que l'équipement requis était manquant depuis des mois. Elle a précisé que le manque d'équipement nécessaire pour préparer les repas ou placer les aliments sur les assiettes a une incidence sur le service.

Sources : observations et entretien avec un membre du personnel en diététique.

3. Un ou une gestionnaire a indiqué qu'il ou elle était au courant que la température des aliments avait été définie comme un sujet de préoccupation dans le foyer. Le ou la gestionnaire a indiqué qu'un facteur contribuant au fait que les aliments ne sont pas maintenus à une température sécuritaire pourrait être lié aux réglages de contrôle de chaleur sur les cadrans de température des tables à vapeur qui ne sont pas visibles. Le ou la gestionnaire a indiqué que le numéro actuel indiquant la température des sections de la table à vapeur avait été « décollé » par l'usure et que le personnel n'était pas en mesure de déterminer le réglage approprié pour la conservation des aliments.

Sources : observations et entretien avec un ou une gestionnaire.

AVIS ÉCRIT : Service de restauration et de collation

Problème de conformité n° 021 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1. de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 79 (1) 7. du Règl. de l'Ont. 246/22

Service de restauration et de collation

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

7. Le service de repas un plat après l'autre pour chaque résident, à moins que le résident ou ses besoins évalués n'indiquent le contraire.

longue durée

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Lors d'une observation au cours d'un repas, des personnes résidentes identifiées ont reçu leurs desserts avant d'avoir terminé leur plat principal.

Sources : observations.

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

Problème de conformité n° 022 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1. de la LRSLD (2021)

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

Programme de prévention et de contrôle des infections

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

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

1. Le ou la gestionnaire des services environnementaux a confirmé que le nettoyage renforcé des surfaces fréquemment touchées avec un temps de contact d'une minute n'avait pas été effectué dans toutes les zones résidentielles lorsque le troisième étage a été touché par une épidémie respiratoire. Le ou la responsable de la prévention et du contrôle des infections (PCI) a confirmé que le personnel d'entretien ménager devait nettoyer toutes les surfaces à contact élevé dans toutes les chambres des personnes résidentes et les sections avec un temps de contact d'une minute.

Sources : procédures de ménage/d'entretien ménager du foyer concernant l'utilisation des produits chimiques et leurs temps de contact, liste de vérification des surfaces fréquemment touchées et entretien avec le personnel.

2. En cas d'épidémie, le personnel d'entretien ménager devait nettoyer les surfaces fréquemment touchées à l'aide d'un désinfectant deux fois par jour. L'inspecteur ou l'inspectrice a observé un membre du personnel d'entretien ménager nettoyer les surfaces fréquemment touchées dans la chambre d'une personne résidente. Ce membre du personnel d'entretien ménager a déclaré qu'il n'avait pas nettoyé deux surfaces fréquemment touchées dans la chambre de la personne résidente et a confirmé qu'il s'agissait de surfaces fréquemment touchées.

longue durée

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Sources : observation, liste de vérification des surfaces fréquemment touchées, politique du foyer sur la fréquence de nettoyage et entretien avec le personnel.

3. L'observation dans la salle à manger a montré que trois personnes résidentes n'étaient pas aidées par le personnel pour se laver les mains avant le service des repas.

Sources : observations, marche à suivre du foyer en matière de prévention des infections et d'hygiène des mains des personnes résidentes et entretien avec les membres du personnel.

4. Il a été constaté que les affiches de précaution contre le contact avec des gouttelettes n'étaient pas correctement placées dans trois chambres de personnes résidentes. Le ou la responsable de la PCI a confirmé que les affiches de précautions contre les gouttelettes apposées dans deux chambres de personnes résidentes n'étaient pas correctement placées. Le directeur ou la directrice de la qualité des soins était au courant de l'observation de l'inspecteur ou l'inspectrice concernant l'affiche relative au contact avec des gouttelettes dans une autre chambre et a confirmé que la position de l'affiche avait été corrigée le jour de l'observation.

Sources : liste sommaire, observation des chambres de personnes résidentes, liste de vérification des éclosions de la santé publique et entretiens avec les membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

Problème de conformité n° 023 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1. de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 102 (g) a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programme de prévention et de contrôle des infections

Paragraphe 102 (g) Le titulaire de permis veille à ce qui suit au cours de chaque quart de travail :

a) les symptômes indiquant la présence d'infections chez des résidents sont surveillés conformément aux normes ou protocoles que délivre le directeur en

longue durée

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

application du paragraphe (2);

Le ou la responsable de la PCI a confirmé que deux des dossiers cliniques des personnes résidentes ne contenaient pas de documents relatifs à la surveillance des symptômes, alors que les personnes résidentes présentaient des symptômes respiratoires.

Sources : liste sommaire, documentation du manuel de surveillance des infections, dossiers cliniques de deux personnes résidentes et entretiens avec les membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Système de gestion des médicaments

Problème de conformité n° 024 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1. de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 123 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Paragraphe 123 (2) Le titulaire de permis veille à ce que des politiques et des protocoles écrits soient élaborés pour le système de gestion des médicaments afin de veiller à ce que tous les médicaments utilisés au foyer soient acquis, préparés, reçus, entreposés, administrés, détruits et éliminés de façon rigoureuse.

1. La politique du titulaire de permis stipule que le personnel des services infirmiers autorisé doit enregistrer les températures du réfrigérateur des médicaments au moins deux fois par jour. Les registres de température des réfrigérateurs de médicaments ont été examinés dans les sections accessibles aux personnes résidentes identifiées. Les documents n'indiquaient pas que la température des réfrigérateurs de médicaments était relevée deux fois par jour.

Sources : observations, registres des températures de réfrigération et politique du titulaire de permis.

2. La politique du titulaire de permis stipule que deux infirmiers ou infirmières, l'un provenant du quart de travail terminé et l'autre provenant du quart de travail suivant,

longue durée

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

doivent compter les stupéfiants et les substances désignées et signer les feuilles de dénombrement à chaque changement d'équipe.

Les feuilles de dénombrement des médicaments de substances désignées ont été examinées pour les sections accessibles aux personnes résidentes identifiées. La documentation ne permettait pas de déterminer si les dénombrements des médicaments de substances désignées d'une équipe à l'autre étaient systématiquement consignés comme étant effectués par l'infirmier ou l'infirmière du quart de travail suivant.

Sources : feuilles de dénombrement des médicaments de substances désignées et politique du titulaire de permis.

3. La politique du titulaire de permis stipule que deux infirmiers ou infirmières doivent être témoins de toute l'élimination de médicaments de substances désignées.

Les formulaires d'inscription de l'excédent de médicaments de substances désignées ont été examinés. La documentation n'indiquait pas que deux infirmiers ou infirmières ont systématiquement été témoins de toute l'élimination de médicaments de substances désignées.

Sources : registres de l'excédent de médicaments de substances désignées, politiques du titulaire de permis et entretien avec un ou une gestionnaire.

4. La politique du titulaire de permis stipule que le personnel doit éliminer tout excédent d'insuline en présence d'un témoin.

longue durée

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Les fiches de destruction des médicaments ont été examinées. La documentation n'indiquait pas qu'un deuxième membre du personnel infirmier autorisé a été témoin de l'élimination de l'insuline.

Sources : feuilles de destruction des médicaments, politique du titulaire de permis et entretien avec un ou une gestionnaire.

AVIS ÉCRIT : Destruction et élimination des médicaments

Problème de conformité n° 025 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1. de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 148 (4) 8. du Règl. de l'Ont. 246/22

Destruction et élimination des médicaments

Paragraphe 148 (4) Si des médicaments devant être détruits sont des substances désignées, la politique de destruction et d'élimination des médicaments doit prévoir que les membres de l'équipe composée des personnes visées à l'alinéa (3) a) consignent les renseignements suivants dans le dossier des médicaments : 8. Le mode de destruction du médicament. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 148 (4).

Les registres d'excédent de médicaments de substances désignées ont été examinés. La documentation ne précisait pas comment les médicaments ont été éliminés.

Sources : registres de l'excédent de médicaments de substances désignées et entretien avec un ou une gestionnaire.

ORDRE DE CONFORMITÉ OC n° 001 Température ambiante

Problème de conformité n° 026 – Ordre de conformité en vertu de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

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

Température ambiante

longue durée**Ministère des Soins de longue durée**

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

District du Centre-Est

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

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

L'inspecteur ou l'inspectrice ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de conformité [alinéa 155 (1) a) de la LRS LD (2021)] :**Le titulaire de permis doit veiller à ce qui suit :**

1. Prendre des mesures immédiates pour s'assurer que la température ambiante du foyer est maintenue à une température minimale de 22 degrés Celsius (°C).
2. Établir et mettre en œuvre un plan visant à garantir que la température ambiante du foyer est maintenue à une température minimale de 22 °C. Le plan doit comprendre les mesures à prendre si les températures à l'intérieur du foyer sont inférieures à 22 °C, ainsi que les mesures à prendre pour assurer le confort des personnes résidentes. Le plan doit être documenté et inclure les personnes qui ont participé à son élaboration et à sa mise en œuvre. Tous les documents doivent être conservés.
3. Établir et mettre en œuvre un plan pour s'assurer que le personnel qui accède aux chambres des personnes résidentes, aux salles à manger, aux salons et aux salles d'activités est conscient de l'importance des unités de chauffage et de refroidissement en ce qui concerne le maintien du confort des personnes résidentes. Le plan doit inclure l'importance de laisser les unités allumées, les réglages de température requis et la communication au personnel d'entretien de tout problème lié aux unités de chauffage et de refroidissement. Le plan doit être documenté et inclure les personnes qui ont participé à son élaboration et à sa mise en œuvre. Tous les documents doivent être conservés.
4. Les plans doivent être communiqués à l'ensemble des membres du personnel. La communication doit être conservée.

Motifs :

Les registres de surveillance de la température ont été examinés. La documentation indiquait que la température ambiante à l'intérieur du foyer n'était pas maintenue à

longue durée

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

une température minimale de 22 degrés Celsius (°C). La documentation n'indiquait pas que des mesures correctives ont été prises lorsque la température ambiante a été relevée et enregistrée comme étant inférieure à 22 °C.

Les procès-verbaux des réunions du conseil des résidents et du comité alimentaire indiquaient que des personnes résidentes ont exprimé des sujets de préoccupation à plusieurs reprises en mentionnant qu'il faisait « froid » dans le foyer.

Le fait que la température ambiante du foyer ne soit pas maintenue à une température minimale de 22 °C présente un risque pour les personnes résidentes, notamment pour leur confort.

Sources : observations, registres de température, procès-verbaux des réunions du conseil des résidents et du comité alimentaire et entretiens avec les personnes résidentes, le personnel et les gestionnaires.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 14 mai 2026.

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

Problème de conformité n° 027 – Ordre de conformité en vertu de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

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

Service de restauration et de collation

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

5. Le service de la nourriture et des liquides à une température sûre et appétissante pour les résidents.

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

Le titulaire de permis doit veiller à ce qui suit :

1. Tout le personnel en diététique qui a été affecté à une section du foyer destinée

longue durée**Ministère des Soins de longue durée**

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

District du Centre-Est

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

aux personnes résidentes ou qui a travaillé dans celle-ci, à des dates précises, doit recevoir une nouvelle formation sur la politique du titulaire de permis relative à la conservation et à la distribution des aliments, ainsi qu'aux températures des aliments. Les documents relatifs à la nouvelle formation du personnel en diététique doivent être conservés, y compris les noms des membres du personnel, leur poste et la date à laquelle la formation a été suivie.

2. Les politiques relatives à la température, à la conservation et à la distribution des aliments doivent être communiquées à nouveau à l'ensemble des membres du personnel en diététique. Les renseignements sur la communication, notamment la date et la méthode de communication, doivent être conservés.

3. Réparer ou remplacer les étiquettes du thermostat/cadran sur les tables à vapeur dans les sections accessibles aux personnes résidentes identifiées, conformément aux instructions du fabricant. Conserver les factures relatives au service de réparation des tables à vapeur.

4. Un service d'entretien ou un technicien qualifié pour vérifier et confirmer que le thermostat de la table à vapeur dans une section accessible aux personnes résidentes du foyer fonctionne correctement afin de maintenir les aliments chauds à des températures de conservation sûres. La vérification du bon fonctionnement doit être conservée.

Motifs :

1. Il a été constaté que le lait et le lait sans lactose étaient laissés à température ambiante sur des chariots, pendant le service de restauration et de collation. Un ou une gestionnaire a indiqué que tous les laits, crèmes et laits sans lactose doivent être conservés dans des bacs de refroidissement lorsqu'ils ne sont pas dans le réfrigérateur.

Sources : observations et entretien avec un ou une gestionnaire.

2. Un membre du personnel a été observé en train de préparer les plats du menu et d'y placer les aliments pour deux personnes résidentes dont l'évaluation indiquait la nécessité d'un service sur plateau. Les plats chauds commandés pour les personnes résidentes ont été préparés, recouverts d'une feuille d'aluminium et

longue durée**Ministère des Soins de longue durée**

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

District du Centre-Est

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

placés sur un comptoir de service. Le plateau n° 1, pour une personne résidente, est resté sur le rebord pendant 10 minutes avant de quitter la salle à manger pour être livré à la personne résidente; le plateau n° 2, pour une autre personne résidente, est resté sur le rebord pendant 8 minutes avant que le personnel ne quitte la salle à manger avec le plateau pour sa livraison. Aucune source de chauffage n'a été observée pour maintenir les plateaux préparés au chaud avant d'être servis aux personnes résidentes.

Sources : observations.

3. Les relevés de température des aliments d'une section accessible aux personnes résidentes du foyer ont été examinés. La documentation indiquait les dates et les heures où les aliments, chauds et froids, n'ont pas été maintenus ou servis à une température sûre.

La documentation a permis d'identifier plusieurs dates auxquelles la température des aliments froids était supérieure à 4 degrés Celsius (°C) et celle des aliments chauds inférieure à 60 °C.

Les procès-verbaux des réunions du conseil des résidents et du comité alimentaire indiquaient que des personnes résidentes ont exprimé plusieurs sujets de préoccupation concernant la température des aliments.

Sources : rapports de température, procès-verbaux des réunions du conseil des résidents et du comité alimentaire et entretiens avec des personnes résidentes et un ou une gestionnaire.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 14 mai 2026.

Un avis de pénalité administrative (APA) est délivré dans le cadre du présent ordre de conformité – APA n° 001.

AVIS DE PÉNALITÉ ADMINISTRATIVE

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

Avis de pénalité administrative n° 001

Lié à l'ordre de conformité (OC) n° 002

longue durée

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

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 \$, 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 infligée parce que le titulaire de permis n'a pas respecté une exigence, qui a donné lieu à un ordre de conformité en vertu de l'article 155 de la LRSLD (2021) et que, au cours des trois années précédant immédiatement la date d'émission de l'ordre en vertu de l'article 155, le titulaire de permis n'a pas respecté la même exigence.

Historique de la conformité :

Le titulaire de permis a déjà fait l'objet d'un avis de non-conformité en vertu de l'alinéa 79 (1) 5 du Règl. de l'Ont. 246/22, plus précisément un ordre de conformité, dans le cadre de l'inspection 2023-1088-0001, qui a été émis le 9 août 2023.

Il s'agit du premier APA émis à l'encontre du titulaire de permis pour le non-respect de cette exigence.

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 personnes résidentes fournie par le ministère des Soins de longue durée [c.-à-d. soins infirmiers et soins personnels; services de programmes et de soutien (SPS); 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 personnes résidentes afin de payer l'APA.

ORDRE DE CONFORMITÉ OC n° 003 Programme de gestion de la douleur

Problème de conformité n° 028 Ordre de conformité en vertu de la disposition 154 (1) 2) de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 53 (1) 4. du Règl. de l'Ont. 246/22

Programmes obligatoires

Paragraphe 53 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à

longue durée

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

ce que soient élaborés et mis en œuvre au foyer les programmes interdisciplinaires suivants :

4. Un programme de gestion de la douleur visant à déceler la douleur chez les résidents et à la gérer. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 53 (1); Règl. de l'Ont. 66/23, art. 10.

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

Le titulaire de permis doit veiller à ce qui suit :

1. L'équipe interdisciplinaire rencontrera, examinera et révisera le programme de soins provisoire d'une personne résidente relatif à la gestion de la douleur. Conserver un dossier écrit des dates et des noms des membres de l'équipe interdisciplinaire qui ont examiné le programme de soins provisoire et les mesures d'intervention mises en œuvre.
2. Former trois infirmiers auxiliaires autorisés ou infirmières auxiliaires autorisées (IAA) sur le moment et la manière de mettre à jour le programme de soins provisoire d'une personne résidente en ce qui concerne la gestion de la douleur. Conserver un registre écrit du contenu de la formation, de la personne qui l'a dispensée, ainsi que de la date et de la signature des personnes qui ont reçu la formation.

Motifs :

1. Le programme de soins personnalisé de gestion de la douleur de la personne résidente n'a pas été élaboré et mis en œuvre à l'aide de mesures d'intervention non pharmacologiques fondées sur les évaluations de la douleur de la personne résidente. Plusieurs évaluations de la douleur de la personne résidente ont indiqué que celle-ci souffrait de douleurs. Le ou la responsable de la gestion de la douleur et des soins palliatifs et l'IAA ont reconnu que les mesures d'intervention visant à gérer la douleur de la personne résidente seraient documentées dans son programme de soins provisoire. Deux IAA ont indiqué qu'ils ou elles ne savaient pas si la personne résidente disposait d'un programme de soins provisoire pour la gestion de la douleur. L'examen du programme de soins provisoire de la personne résidente a montré que la personne résidente n'avait pas de programme de soins pour la gestion de la douleur qui indiquait des mesures d'intervention non pharmacologiques pour mieux gérer sa douleur. Le ou la responsable de la gestion

longue durée**Ministère des Soins de longue durée**

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

District du Centre-Est

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

de la douleur et des soins palliatifs a confirmé que la personne résidente ne disposait pas d'un programme de soins provisoire axé sur la douleur, les objectifs et les mesures d'intervention visant à gérer sa douleur, y compris les mesures d'intervention non pharmacologiques. Lorsque la personne résidente n'a pas fait l'objet d'un programme de soins provisoire individualisé pour gérer sa douleur, notamment des mesures d'intervention non pharmacologiques, cela a eu une incidence sur les activités de la vie quotidienne et sur le bien-être émotionnel de la personne résidente.

Sources : politique de gestion de la douleur du foyer, dossiers cliniques de la personne résidente, entretien avec les membres du personnel.

2. Le programme de soins personnalisé de gestion de la douleur n'a pas été élaboré et mis en œuvre à l'aide de mesures d'intervention non pharmacologiques fondées sur les évaluations de la douleur de la personne résidente. Plusieurs évaluations de la douleur indiquaient que la personne résidente souffrait d'une douleur à un membre, ce qui avait une incidence sur son bien-être émotionnel. Deux des dossiers cliniques faisaient état de certaines mesures d'intervention non pharmacologiques pour gérer sa douleur, mais elles n'ont pas été mises en œuvre dans le programme de soins provisoire en tant que mesures d'intervention. Un ou une IAA et le ou la responsable de la gestion de la douleur et des soins palliatifs ont confirmé que le programme de soins provisoire d'une personne résidente pour la douleur devait comprendre des mesures d'intervention non pharmacologiques pour gérer sa douleur. Le ou la responsable de la gestion de la douleur et des soins palliatifs a confirmé que le programme de soins provisoire de la personne résidente n'était pas axé sur la gestion de la douleur et ne renfermait pas des objectifs et des mesures d'intervention. L'absence de programme de soins provisoire établi et mis en œuvre avec des mesures d'intervention non pharmacologiques pour gérer la douleur de la personne résidente a eu une incidence sur son bien-être émotionnel et physique.

Sources : politique du titulaire de permis, dossiers cliniques d'une personne résidente et entretien avec les membres du personnel.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 14 mai 2026.

longue durée

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

**ORDRE DE CONFORMITÉ N° 004 Obligations précises : propreté
et bon état**

Problème de conformité n° 029 Ordre de conformité en vertu de la
disposition 154 (1) 2) de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 19 (2) c) de la LRSLD (2021)

Services d'hébergement

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

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

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

Le titulaire de permis doit veiller à ce qui suit :

1. Réparer ou remplacer les murs, les carreaux de plafond, le revêtement de sol, les
fenêtres, les installations et l'équipement de plomberie qui fuient dans les pièces
identifiées.
2. Effectuer une vérification de toutes les chambres des personnes résidentes et des
sections communes réservées aux personnes résidentes et dresser la liste des
réparations de murs, de carreaux de plafond, de revêtement de sol, de fenêtres et
d'équipement. La vérification doit être documentée.
3. Établir et mettre en œuvre un plan visant à garantir que tous les membres du
personnel connaissent la politique ou le plan en place pour signaler les problèmes
d'entretien par le biais de la plateforme logicielle du titulaire de permis. Le plan doit
être documenté et comprendre la date et les participants. Le plan doit être
conservé aux fins d'examen par l'inspecteur ou l'inspectrice.
4. Communiquer le plan à l'ensemble des membres du personnel. La
communication doit être datée et inclure la plateforme de communication. Une
trace écrite de la communication doit être conservée aux fins d'examen par
l'inspecteur ou l'inspectrice.

longue durée**Ministère des Soins de longue durée**

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

District du Centre-Est

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

5. Établir et mettre en œuvre un plan et un calendrier pour garantir l'entretien préventif, en particulier la réparation des murs, des carreaux de plafond, du revêtement de sol, des fenêtres et de l'équipement, dans l'ensemble du foyer. Le plan devrait comprendre ce qui suit :

- un examen et une nouvelle communication des politiques du titulaire de permis relatives aux services d'entretien;
- l'identification des problèmes d'entretien dans le foyer, leur évaluation et la mise en priorité des réparations ou remplacements, les mesures prises et leur résolution;
- la surveillance exercée par le titulaire de permis;
- la documentation du plan, incluant la date et les participants;
- le plan doit être conservé en vue d'un examen par l'inspecteur ou l'inspectrice.

Motifs :

Les chambres des personnes résidentes et les aires communes des personnes résidentes étaient dans un état de détérioration, notamment au niveau des murs, des planchers, des plafonds, des zones entourant les fenêtres, des moustiquaires, de l'équipement de bain et des installations de plomberie.

Un système informatique utilisé par le titulaire de permis, qui permet au personnel de signaler les problèmes d'entretien dans le foyer, a été examiné. La documentation n'a pas permis de relever les détériorations qui ont été constatées lors de l'inspection.

Sources : observations, registres d'entretien et entretiens avec les membres du personnel et les gestionnaires.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 14 mai 2026.

Un avis de pénalité administrative (APA) est délivré dans le cadre du présent ordre de conformité – APA n° 002.

AVIS DE PÉNALITÉ ADMINISTRATIVE

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

Avis de pénalité administrative n° 002

Lié à l'ordre de conformité (OC) n° 004

longue durée

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

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 \$, 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 infligée parce que le titulaire de permis n'a pas respecté une exigence, qui a donné lieu à un ordre de conformité en vertu de l'article 155 de la LRSLD (2021) et que, au cours des trois années précédant immédiatement la date d'émission de l'ordre en vertu de l'article 155, le titulaire de permis n'a pas respecté la même exigence.

Historique de la conformité :

Le titulaire de permis a déjà fait l'objet d'un avis de non-conformité, en vertu de l'alinéa 19 (2) c) de la LRSLD (2021), plus précisément un ordre de conformité, dans le cadre de l'inspection 2023-1088-0001, qui a été émis le 9 août 2023.

Il s'agit du premier APA émis à l'encontre du titulaire de permis pour le non-respect de cette exigence.

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 personnes résidentes fournie par le ministère des Soins de longue durée [c.-à-d. soins infirmiers et soins personnels; services de programmes et de soutien (SPS); 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 personnes résidentes afin de payer l'APA.

RENSEIGNEMENTS SUR LA RÉVISION/L'APPEL

PRENDRE ACTE

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

longue durée**Ministère des Soins de longue durée**

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

District du Centre-Est

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

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

La demande écrite de révision doit comprendre :

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

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

Directeur

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

Si la signification se fait :

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

Si une copie de la décision du directeur n'est pas signifiée au titulaire de permis dans les 28 jours suivant la réception de la demande de révision du titulaire de

longue durée**Ministère des Soins de longue durée**

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

District du Centre-Est

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

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

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

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

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

Commission d'appel et de révision des services de santé

À l'attention du registrateur
151, rue Bloor Ouest, 9^e étage,
Toronto (Ontario) M5S 1S4

Directeur

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

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

longue durée

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

RENSEIGNEMENTS SUR LA RÉVISION/L'APPEL

PRENDRE ACTE Le titulaire de permis a le droit de demander une révision par le directeur du ou des présents ordres et/ou du présent avis de pénalité administrative (APA) conformément à l'article 16g 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 pas 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

longue durée**Ministère des Soins de longue durée**

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

District du Centre-Est

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

Si la signification se fait :

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

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

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

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

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

Commission d'appel et de révision des services de santé

À l'attention du registrateur
151, rue Bloor Ouest, 9^e étage
Toronto (Ontario) M5S 1S4

Directeur

a/s du coordonnateur des appels

longue durée

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 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.