

**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, 4e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844 231-5702

## Rapport public

**Date d'émission du rapport :** 27 mars 2025**Numéro d'inspection :** 2025-1544-0003**Type d'inspection :**  
Incident critique**Titulaire de permis :** The Corporation of the City of Peterborough et la Corporation du Comté de Peterborough**Foyer de soins de longue durée et ville :** Fairhaven, Peterborough

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : Les 13, 14, 17 au 21 et 25 au 27 mars 2025

L'inspection a eu lieu hors site à la date suivante : 24 mars 2025

Les inspections concernaient :

- Une plainte relativement à une éclosion d'IAVR du virus respiratoire syncytial
- Une plainte relativement au décès inattendu d'une personne résidente.
- Une plainte relativement au détournement de l'argent d'une personne résidente.
- Une plainte relativement à la chute d'une personne résidente ayant entraîné un changement important.

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

Soins et services de soutien aux personnes résidentes (Resident Care and Support Services)

Gestion des médicaments (Medication Management)

Prévention et contrôle des infections (Infection Prevention and Control)

Amélioration de la qualité (Quality Improvement)

Prévention et gestion des chutes (Falls Prevention and Management)

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### Non-conformité rectifiée

**Des cas de non-conformité** ont été recensés pendant cette inspection et ont été **rectifiés** par le titulaire de permis avant la conclusion de l'inspection. L'inspectrice ou l'inspecteur est satisfait(e) de la rectification des cas de non-conformité dans l'esprit du paragraphe 154 (2) et n'exige aucune autre mesure.

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

Problème de conformité n° 001 – rectification réalisée conformément à la disposition 154 (2) de la *LRSLD* (2021).

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

Programme de prévention et de contrôle des infections

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

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

Le titulaire de permis a omis de veiller à la mise en œuvre d'une norme ou d'un protocole établi par la directrice ou le directeur en ce qui concerne la prévention et le contrôle des infections (PCI). Plus précisément, l'exigence supplémentaire de dépistage passif, conformément à la Norme de PCI, exigence supplémentaire 11.6 de la « Norme de prévention et de contrôle des infections pour les foyers de soins de longue durée » (Norme de PCI), avril 2022, dernière révision en septembre 2023.

La responsable de la PCI a indiqué que le dépistage passif des signes et symptômes était affiché aux entrées du foyer de soins de longue durée. Après que l'inspecteur ou l'inspectrice ait passé en revue la Norme de PCI pour les foyers de SLD, la responsable de la PCI a installé des affiches supplémentaires dans l'ensemble du foyer immédiatement le même jour.

**Sources :** Observations, entretien avec la responsable de la PCI.

Date de mise en œuvre de la rectification : 17 mars 2025

**AVIS ÉCRIT : Obligation du titulaire de permis à se conformer au programme de soins**

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

**Non-respect de : la disposition 6 (7) de la *LRSLD* (2021)**

Programme de soins

Par. 6 (7) Le titulaire de permis veille à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis au résident, tel que le précise le programme.

Le titulaire du permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins d'une personne résidente soient fournis, comme l'indique son programme.

Un rapport d'incident critique (RIC) a été soumis au directeur ou à la directrice concernant une chute qui a entraîné un changement important de l'état de santé. Le programme de soins de la personne résidente a été passé en revue et mis à jour pour inclure des interventions contre les chutes. Une intervention indiquait que le personnel doit s'assurer que les articles couramment utilisés se trouvent facilement à portée de main. Dix jours plus tard, la personne résidente a fait une autre chute. La personne résidente a indiqué que l'incident de chute avait eu lieu alors

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

qu'elle tentait d'atteindre l'eau sur la table de chevet.

**Sources** : Rapport d'incident critique (RIC), dossiers cliniques de la personne résidente et entretiens avec les membres du personnel et la personne résidente.

## **AVIS ÉCRIT : Programme de soins**

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

### **Non-respect de : la disposition 6 (1) c) de la *LRSLD* (2021)**

Programme de soins

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

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins écrit établisse des directives claires pour le personnel et les autres personnes qui fournissent des soins à une personne résidente.

Un RIC a été soumis au directeur ou à la directrice concernant un incident de chute d'une personne résidente, ce qui a entraîné un important changement de son état de santé. Après l'incident, le programme de soins écrit de la personne résidente a été mis à jour pour indiquer qu'une alarme active est requise des deux côtés du lit lorsque la personne résidente s'y trouve. Au cours de l'inspection, l'alarme à côté du lit a été observée et elle était éteinte. Une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) n'a pas été capable de déterminer si l'alarme devait être active et à quel moment. Au cours de l'entretien avec la personne résidente, la PSSP a dit à l'inspecteur ou l'inspectrice que l'alarme allait être retirée de la chambre de la personne résidente.

**Sources** : Rapport d'incident critique, dossiers cliniques de la personne résidente, entretien avec le personnel et la personne résidente.

## **AVIS ÉCRIT : Intégration des évaluations aux soins**

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

### **Non-respect de : la disposition 6 (4) a) de la *LRSLD* (2021)**

Programme de soins

Par. 6 (4) Le titulaire de permis veille à ce que le personnel et les autres personnes qui participent

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

aux différents aspects des soins de la personne résidente collaborent ensemble à ce qui suit :

a) l'évaluation de la personne résidente de sorte que leurs évaluations s'intègrent les unes aux autres, soient compatibles les unes avec les autres et se complètent;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel et les autres personnes engagées dans les différents volets des soins d'une personne résidente collaborent les uns avec les autres, dans l'évaluation de la personne résidente, afin que leurs évaluations soient intégrées, cohérentes et complémentaires.

Un rapport du SIC a été soumis au directeur ou à la directrice concernant le décès inattendu d'une personne résidente. Un ou une gestionnaire des soins aux résidents a indiqué que le rôle d'une infirmière autorisée ou d'un infirmier autorisé était de réagir aux changements aigus de l'état de santé ou à tout ce qui nécessite une consultation. Une personne résidente a subi un changement aigu de son état de santé. Une infirmière auxiliaire autorisée ou un infirmier auxiliaire autorisé (IAA) a indiqué avoir avisé l'infirmière autorisée ou l'infirmier autorisé. Il n'y avait pas d'indication selon laquelle l'infirmière autorisée ou l'infirmier autorisé avait rempli une évaluation au cours d'un changement aigu de l'état de santé de la personne résidente jusqu'au quart de travail suivant.

La personne résidente a été déclarée morte plusieurs heures plus tard.

**Sources** : Rapport d'incident critique, dossiers cliniques de la personne résidente, et entretien avec les membres du personnel.

**AVIS ÉCRIT : Lors d'une réévaluation, une révision est requise**

Problème de conformité n° 005 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect de : la disposition 6 (10) b) de la *LRSLD* (2021).**

Programme de soins

Par. 6 (10) Le titulaire de permis veille à ce que le résident fasse l'objet d'une réévaluation et à ce que son programme de soins soit réexaminé et révisé tous les six mois au moins et à tout autre moment lorsque, selon le cas :

b) les besoins du résident en matière de soins évoluent ou les soins prévus dans le programme ne sont plus nécessaires.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins d'une personne résidente soit réexaminé et révisé lorsque les besoins en matière de soins de la personne résidente ont évolué ou lorsque les soins prévus dans le programme n'étaient plus nécessaires.

Le programme de soins de la personne résidente comprenait une intervention contre les chutes

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

indiquant au personnel de s'assurer que la sonnette d'appel est à portée de main lorsque cette personne se trouvait dans le fauteuil inclinable, dans lequel elle dormait. Un ou une gestionnaire des soins aux résidents a indiqué que le fauteuil inclinable avait été retiré de la chambre de la personne résidente qui n'y dormait plus. Le ou la gestionnaire des soins aux résidents a indiqué que le programme de soins aurait dû être mis à jour.

**Sources :** Rapport d'incident critique, dossiers cliniques de la personne résidente et entretiens avec les membres du personnel.

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

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

**Non-respect de : la disposition 19 (2) a) de la *LRSLD* (2021).**

Services d'hébergement

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

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le déambulateur d'une personne résidente soit propre et sanitaire.

Une personne résidente avait un ruban blanc usé autour de son appareil d'aide. Le ruban n'était pas intact et comportait des débris de couleur foncée ou une décoloration.

**Sources :** Observations, et entretien avec les membres du personnel.

### **AVIS ÉCRIT : Effets personnels et aides personnelles**

Problème de conformité n° 007 – avis écrit remis aux termes du paragraphe 154 (1) 1 de la *LRSLD* (2021).

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

Effets personnels et aides personnelles

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

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les effets personnels 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 Ouest, 4e étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

notamment ses aides personnelles comme des prothèses dentaires, des lunettes et des prothèses auditives, soient étiquetés

Un rapport du SIC a été soumis à la directrice ou au directeur concernant le porte-monnaie manquant d'une personne résidente. Il n'était pas indiqué que le porte-monnaie était étiqueté.

Au cours de l'inspection sur la manière dont les effets personnels sont étiquetés au sein du foyer de soins de longue durée, un ou une gestionnaire des soins aux résidents a indiqué que les prothèses dentaires n'étaient pas étiquetées à ce moment-là. Alors que les contenants pour les prothèses auditives étaient étiquetés, les prothèses auditives comme telles ne l'étaient pas.

**Sources :** Rapport d'incident critique, entretien avec le personnel.

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

Problème de conformité n° 008 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD* (2021).

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

Programme de prévention et de contrôle des infections

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

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

Le titulaire de permis a omis de veiller à la mise en œuvre d'une norme ou d'un protocole établi par la directrice ou le directeur en ce qui concerne la prévention et le contrôle des infections (PCI). Plus précisément, à ce que les pratiques de base et les précautions supplémentaires soient respectées concernant l'utilisation adéquate de l'équipement de protection individuelle (EPI), y compris le retrait et l'élimination appropriés, conformément à la Norme de PCI, exigence supplémentaire 9.1 d) aux termes de la « Norme de prévention et de contrôle des infections pour les foyers de soins de longue durée » (Norme de PCI), avril 2022, dernière révision en septembre 2023.

Une infirmière auxiliaire autorisée ou un infirmier auxiliaire autorisé (IAA) a été observé en train d'enlever son masque chirurgical de manière inappropriée. L'IAA a retiré son masque et l'a placé sur la main courante du couloir avant d'enfiler son EPI de précaution supplémentaire et d'entrer dans la chambre d'une personne résidente. L'aire résidentielle du foyer a été déclarée en éclosion le lendemain.

**Sources :** Observations, et entretien avec les membres du personnel.

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

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

Problème de conformité n° 009 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect de : la disposition 102 (7) 11 du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Programme de prévention et de contrôle des infections

Par. 102 (7) Le titulaire de permis veille à ce que le responsable de la prévention et du contrôle des infections désigné en application du paragraphe (5) s'acquitte des responsabilités suivantes au foyer :

11. Il s'assure que soit mis en place un programme d'hygiène des mains conformément aux normes ou protocoles que délivre le directeur en application du paragraphe (2). Ce protocole doit comprendre au moins l'accès à des agents d'hygiène des mains aux divers points de service.

Par. 102 (7) du Règl. de l'Ont. 246/22

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme d'hygiène des mains soit conforme aux normes ou protocoles délivrés par le directeur ou la directrice. Plus précisément, le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'il y ait un accès à des agents d'hygiène des mains au point de service.

Le point de service est un endroit où trois éléments sont réunis : la personne résidente, le fournisseur de soins de santé et le soin ou le traitement impliquant un contact avec la personne résidente. Les produits d'hygiène des mains disponibles au point de service devraient être facilement accessibles au personnel en étant aussi près que possible, soit à portée de main, là où le contact avec la personne résidente a lieu. Des distributeurs de désinfectant pour les mains à base d'alcool (DMBA) étaient installés sur le mur extérieur immédiatement adjacent à l'entrée et à la sortie de chaque chambre. Il n'y avait pas de DMBA disponible immédiatement au point de service des chambres observées.

**Sources :** Observations dans l'ensemble du foyer de soins de longue durée, entretien avec la responsable de la PCI.

## **AVIS ÉCRIT : Rapports sur les incidents critiques**

Problème de conformité n° 010 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect de : la disposition 115 (1) 5 du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Rapports sur les incidents critiques

Par. 115 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille, d'une part, à immédiatement informer le directeur, de façon aussi détaillée que possible dans les circonstances, des incidents suivants et, d'autre part, à faire suivre le rapport exigé au paragraphe (5) :

5. L'écllosion d'une maladie importante sur le plan de la santé publique ou d'une maladie

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

transmissible au sens de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*.

Le titulaire de permis n'a pas informé immédiatement le directeur ou la directrice de l'éclosion d'une maladie importante sur le plan de la santé publique ou d'une maladie transmissible au sens de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*.

La Santé publique de Peterborough a défini une éclosion comme étant deux cas de patients/résidents ou plus confirmés par test d'infection aiguë des voies respiratoires (IAVR) avec l'apparition des symptômes en moins de 48 heures et un lien épidémiologique (p. ex., même unité, étage, aire de service) suggérant une transmission au sein de l'établissement; ou trois cas de patients/résidents ou plus d'IAVR avec l'apparition des symptômes en moins de 48 heures et un lien épidémiologique suggérant une transmission au sein de l'établissement si les tests de dépistage ne sont pas disponibles ou qu'ils sont tous négatifs.

Il y avait quatre personnes résidentes soumises aux précautions supplémentaires relativement à des symptômes d'infection aiguë des voies respiratoires; le directeur ou la directrice a été informé le lendemain.

**Sources :** Rapport d'incident critique, entretien 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 : la disposition 138 (1) a) (ii) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Entreposage sécuritaire des médicaments

Par. 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.

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

Le premier jour de l'inspection, des crèmes traitantes médicamenteuses ont été observées sur les tables de chevet dans les chambres de deux personnes résidentes différentes. Une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) a indiqué que les crèmes traitantes sont appliquées par les PSSP et retournées au poste de soins infirmiers dans un contenant en plastique avec les crèmes des autres résidents. La directrice des soins infirmiers et la directrice générale ont été informées le même jour de l'entreposage dangereux des crèmes médicamenteuses.

**Sources :** Observations, et entretien avec les membres 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 Ouest, 4e étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la crème traitante d'une personne résidente soit entreposée dans un endroit ou un chariot à médicaments qui est sûr ou verrouillé.

Une crème traitante topique a été observée sur la table de chevet d'une personne résidente.

Une personne résidente a indiqué que la crème traitante était utilisée puis entreposée sur la table de chevet pour s'assurer qu'elle est appliquée par le personnel pendant les soins. La personne résidente a précisé que si elle ne reçoit pas le traitement, l'emplacement devient douloureux.

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

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

Les médicaments d'une personne résidente, qui comprenaient plusieurs inhalateurs différents, ont été observés sans surveillance sur la main courante dans le couloir. Aucun résident ne se trouvait à proximité au moment de l'observation. Un membre du personnel a été observé prenant les médicaments sur la main courante.

**Sources :** Observations.