

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

## Rapport public initial

**Date d'émission du rapport :** 13 novembre 2024

**Numéro d'inspection :** 2024-1335-0003

**Type d'inspection :**

Plainte  
Incident critique  
Suivi

**Titulaire de permis :** Axiom Extendicare LTC II LP, par ses associés commandités  
Extendicare LTC Managing II GP Inc. et Axiom Extendicare LTC II GP Inc.

**Foyer de soins de longue durée et ville :** Fenelon Court, Fenelon Falls

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 22 au 25 et du 28 au 31 octobre ainsi que le 1<sup>er</sup> novembre 2024.

L'inspection faisant suite à une plainte concernait :

- Une demande liée à des préoccupations concernant une évaluation et des soins inadéquats prodigués à une personne résidente.

L'inspection faisant suite à un incident critique (IC) concernait :

- Une demande liée à un incident ayant entraîné des blessures et un changement important chez une personne résidente.

L'inspection concernait :

- Suivi de l'ordre de conformité (OC) n° 002, en vertu de la disposition 3 du paragraphe 34 (1) de la *LRSLD* (2021), Protection contre certains cas de contention, dont la date d'échéance de mise en conformité était le 9 août 2024.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

- Suivi de l'OC n° 004, en vertu de l'article 5 de la *LRSLD* (2021), Foyer sûr et sécuritaire, dont la date d'échéance de mise en conformité était le 9 août 2024.
- Suivi de l'OC n° 005, en vertu du paragraphe 6 (7) de la *LRSLD* (2021), Programme de soins, dont la date d'échéance de mise en conformité était le 9 août 2024.
- Suivi de l'OC n° 008, en vertu de l'alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, Prévention et contrôle des infections, dont la date d'échéance de mise en conformité était le 9 août 2024.
- Suivi de l'OC n° 006, en vertu de l'alinéa 56 (2) g) du Règl. de l'Ont. 246/22, Facilitation des selles et soins liés à l'incontinence, dont la date d'échéance de mise en conformité était le 9 août 2024.
- Suivi de l'OC n° 003, en vertu du paragraphe 57 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22, Gestion de la douleur, dont la date d'échéance de mise en conformité était le 9 août 2024.
- Suivi de l'OC n° 007, en vertu de l'alinéa 98 (2) a) du Règl. de l'Ont. 246/22, Responsable désigné : entretien ménager, services de buanderie et services d'entretien, dont la date d'échéance de mise en conformité était le 9 août 2024.
- Suivi de l'OC n° 001 en vertu du paragraphe 24 (1) de la *LRSLD* (2021), Obligation de protéger, dont la date d'échéance de mise en conformité était le 9 août 2024.

**Ordres de conformité délivrés antérieurement**

L'inspection a établi la conformité aux ordres de conformité suivants délivrés antérieurement :

Ordre n° 002 de l'inspection n° 2024-1335-0002 en vertu de la disposition 3 du paragraphe 34 (1) de la *LRSLD* (2021), inspecté par l'inspectrice ou l'inspecteur.

Ordre n° 004 de l'inspection n° 2024-1335-0002 en vertu de l'article 5 de la *LRSLD* (2021), inspecté par l'inspectrice ou l'inspecteur.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Ordre n° 005 de l'inspection n° 2024-1335-0002 en vertu du paragraphe 6 (7) de la *LRS LD* (2021), inspecté par l'inspectrice ou l'inspecteur.

Ordre n° 006 de l'inspection n° 2024-1335-0002 en vertu de l'alinéa 56 (2) g) du Règl. de l'Ont. 246/22, inspecté par l'inspectrice ou l'inspecteur.

Ordre n° 003 de l'inspection n° 2024-1335-0002 en vertu du paragraphe 57 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22, inspecté par l'inspectrice ou l'inspecteur.

Ordre n° 007 de l'inspection n° 2024-1335-0002 en vertu du paragraphe 98 (2) a) du Règl. de l'Ont. 246/22, inspecté par l'inspectrice ou l'inspecteur.

Ordre n° 001 de l'inspection n° 2024-1335-0002 en vertu du paragraphe 24 (1) de la *LRS LD* (2021), inspecté par l'inspectrice ou l'inspecteur.

L'inspection a établi la **NON**-conformité aux ordres de conformité suivants délivrés antérieurement :

Ordre n° 008 de l'inspection n° 2024-1335-0002 en vertu de l'alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, inspecté par l'inspectrice ou l'inspecteur.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

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

Services de soins et de soutien aux personnes résidentes  
Soins liés à l'incontinence  
Entretien ménager, buanderie et services d'entretien  
Foyer sûr et sécuritaire  
Prévention et contrôle des infections  
Prévention des mauvais traitements et de la négligence  
Gestion de la douleur  
Gestion des contentions/appareils d'aide personnelle

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### Problème de conformité corrigé

Un **problème de conformité** a été constaté lors de cette inspection et a été **corrigé** par le titulaire de permis avant la fin de l'inspection. L'inspectrice ou l'inspecteur a estimé que la non-conformité répondait à l'intention du paragraphe 154 (2) et ne nécessitait pas d'action supplémentaire.

Problème de conformité n° 001 Corrigé en vertu du paragraphe 154 (2) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : de la disposition 3 du paragraphe 12 (1) 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.

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les portes menant aux aires non résidentielles soient verrouillées de manière à limiter l'accès non supervisé des personnes résidentes à ces aires, et à ce que ces portes demeurent fermées et verrouillées lorsque les personnes résidentes ne sont pas supervisées par le personnel.

**Justification et résumé**

Lors d'une visite du foyer, on a constaté que des clés étaient accrochées au mur, au-dessus d'un capteur qui permet d'accéder au couloir de service. Les portes du couloir étaient fermées à clé et munies d'un panneau indiquant « Réservé au personnel ». Un porte-clés a été observé sur un cordon au-dessus du capteur, accroché à une vis.

Un membre du personnel a confirmé que les portes menaient à un couloir de service qui ne fait pas partie des aires résidentielles. Le personnel autorisé a indiqué que cette aire était fermée à clé pour la sécurité des personnes résidentes, afin d'empêcher leur accès à des dangers potentiels. Le personnel autorisé a reconnu que les personnes résidentes pouvaient errer dans cette aire non résidentielle et que l'accès aux clés risquait de les inciter à y pénétrer.

En rangeant les clés dans un endroit auquel les personnes résidentes ont accès et en ne veillant pas à ce que les portes menant aux aires non résidentielles soient verrouillées de manière à limiter l'accès non supervisé des personnes résidentes, le titulaire de permis a exposé celles-ci à un risque d'atteinte à leur intégrité.

**Sources :** Observations, entretien avec le personnel autorisé.

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : 25 octobre 2024.

**AVIS ÉCRIT : Programme de soins**

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

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

**Non-respect : de l'alinéa 6 (10) b) de la *LRSLD* (2021)**

Programme de soins

Paragraphe 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 ses besoins en matière de soins ont évolué ou lorsque les soins prévus dans le programme n'étaient plus nécessaires.

**Justification et résumé**

Le directeur a reçu une plainte concernant les soins prodigués à une personne résidente.

Une personne résidente avait besoin d'aide pour ses soins personnels. Un incident s'est produit et la personne résidente a signalé une détérioration de son état de santé. À la suite de cet incident, la personne résidente a dû recevoir un traitement particulier. L'examen des dossiers cliniques a révélé qu'avant l'incident, la personne résidente avait des préférences en matière de soins personnels.

Elle avait fait l'objet d'une évaluation au moment de son admission et on avait constaté qu'elle présentait des besoins particuliers en matière de soins. Un programme de soins avait été élaboré pour la personne résidente, lequel définissait de manière incorrecte ses besoins en matière de soins. Aucune autre révision du programme de soins liée aux besoins particuliers de la personne résidente n'avait été effectuée avant l'incident.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Le directeur des soins a indiqué que lui-même et l'équipe des soins infirmiers étaient chargés d'examiner et d'identifier toutes les personnes résidentes ayant des besoins particuliers en matière de soins. Une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) a indiqué que les besoins particuliers de la personne résidente et ses préférences en matière de soins auraient dû figurer dans son programme de soins. Le directeur des soins a reconnu que les besoins de la personne résidente n'étaient pas pris en compte dans le programme de soins et que celui-ci aurait dû faire l'objet d'un examen et d'une révision pour refléter ces besoins.

Un risque a été identifié lorsque le programme de soins de la personne résidente n'a pas été révisé à la suite de l'évolution de ses besoins ou lorsque les soins indiqués dans le programme ont cessé d'être nécessaires.

**Sources :** Rapport d'incident critique (IC); dossier clinique d'une personne résidente; mise en garde sur l'atténuation des risques et l'amélioration de la qualité – sécurité des personnes résidentes (*Quality/Risk Improvement Alert – Resident Safety*) : entretiens avec le directeur des soins et d'autres membres du personnel.

**AVIS ÉCRIT : Conditions du permis**

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

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

Conditions du permis

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

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la condition 4 de l'OC n° 008, dont la date d'échéance de mise en conformité était le 9 août 2024.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Plus précisément, avant la date d'échéance de mise en conformité, le titulaire de permis n'a pas installé de désinfectants pour les mains à base d'alcool (DMBA) dans chaque chambre de personne résidente et à proximité des fournisseurs de soins de santé, de manière à ce que ceux-ci n'aient pas à quitter l'aire de soins pour procéder à l'hygiène des mains au moment voulu.

**Justification et résumé**

L'examen des dossiers fournis par le foyer en rapport avec la condition 4 de l'OC n° 008 a permis de déterminer que plusieurs chambres de personnes résidentes étaient considérées comme présentant un obstacle à l'installation de DMBA supplémentaires.

L'observation des chambres des personnes résidentes a révélé que le DMBA se trouvait à l'entrée et à la sortie de la chambre et qu'il n'était pas à portée de main du lit ou de la salle de bains.

Un entretien avec le directeur adjoint des soins a confirmé que le DMBA n'était pas à portée de main à partir du point de service. Lors d'un entretien, le directeur général a reconnu qu'un certain nombre de chambres de personne résidentes n'avaient pas fait l'objet d'un ajout de DMBA au point de service.

En ne se conformant pas à la condition 4 de l'ordre de conformité n° 008, le titulaire de permis a exposé les personnes résidentes à un risque de préjudice en raison du non-respect possible des pratiques d'hygiène des mains par le personnel.

**Sources :** OC n° 008; observations des chambres; vérification des chambres des personnes résidentes fournie dans le cahier de conformité; entretiens avec le directeur adjoint des soins et le directeur général.

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



**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

**AVIS DE PÉNALITÉ ADMINISTRATIVE (APA)**

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

**Avis de pénalité administrative (APA) n° 001**

**Lié à l'avis écrit (Problème de conformité n° 003)**

En vertu de l'article 158 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*, le titulaire de permis doit payer une pénalité administrative de 1100,00 \$, à verser dans les 30 jours suivant la date de la facture.

Conformément aux paragraphes 349 (6) et (7) du Règl. de l'Ont. 246/22, cette pénalité administrative est imposée parce que le titulaire de permis ne s'est pas conformé à une ordonnance rendue en vertu de l'article 155 de la Loi.

**Historique de la conformité**

Il s'agit du premier APA délivré au titulaire de permis pour non-respect de l'exigence en question.

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

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