

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Rapport public

Date d'émission du rapport : 13 janvier 2025

Numéro d'inspection : 2025-1227-0001

Type d'inspection :

Incident critique
Suivi

Titulaire de permis : Medlaw Corporation Limited

Foyer de soins de longue durée et ville : Pinecrest Nursing Home (Bobcaygeon),
Bobcaygeon

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 6 au 10 et le 13 janvier 2025

L'inspection concernait :

- Demande n° 00125005 liée à des allégations de mauvais traitements d'ordre sexuel entre personnes résidentes
- Demande n° 00129448 liée à une chute d'une personne résidente entraînant une fracture
- Demande n° 00129618 – Suivi n° 1 – Ordre de conformité (OC) n° 001 – alinéa 19 (2) c) de la *LRSLD* (2021) – Services d'hébergement – Date d'échéance de mise en conformité : le 13 janvier 2025
- Demande n° 00129619 – Suivi n° 1 – OC n° 004 – disposition 2 du paragraphe 28 (1) de la *LRSLD* (2021) – Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas – Date d'échéance de mise en conformité : le 29 novembre 2024
- Demande n° 00129620 – Suivi n° 1 – OC n° 002 – sous-alinéa 27 (1) a) (i) de la *LRSLD* (2021) – Obligation du titulaire de permis d'enquêter, de répondre et d'agir – Date d'échéance de mise en conformité : le 29 novembre 2024
- Demande n° 00129621 – Suivi n° 1 – OC n° 003 – alinéa 27 (1) b) de la *LRSLD* (2021) – Obligation du titulaire de permis d'enquêter, de répondre et d'agir – Date d'échéance de mise en conformité : le 29 novembre 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^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

- Demande n° 00129622 – Suivi n° 1 – OC n° 005 – paragraphe 24 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22 – Température ambiante – Date d'échéance de mise en conformité : le 29 novembre 2024
- Demande n° 00135312 – Suivi n° 2 – OC n° 001/2024-1227-0001 – alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22 – Date d'échéance initiale de mise en conformité : le 12 août 2024, frais de réinspection : 500 \$

L'inspection a permis de fermer la demande suivante :

- Demande n° 00124842 liée à une chute d'une personne résidente entraînant une fracture

Ordres de conformité délivrés antérieurement :

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

Ordre n° 001 de l'inspection n° 2024-1227-0002 en vertu de l'alinéa 19 (2) c) de la *LRSLD* (2021)

Ordre n° 004 de l'inspection n° 2024-1227-0002 en vertu de la disposition 2 du paragraphe 28 (1) de la *LRSLD* (2021).

Ordre n° 002 de l'inspection n° 2024-1227-0002 en vertu du sous-alinéa 27 (1) a) (i) de la *LRSLD* (2021)

Ordre n° 003 de l'inspection n° 2024-1227-0002 en vertu de l'alinéa 27 (1) b) de la *LRSLD* (2021)

Ordre n° 005 de l'inspection n° 2024-1227-0002 en vertu du paragraphe 24 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Ordre n° 001 de l'inspection n° 2024-1227-0001 en vertu de l'alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

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

Entretien ménager, buanderie et services d'entretien
Gestion des médicaments

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Foyer sûr et sécuritaire
Prévention et contrôle des infections
Prévention des mauvais traitements et de la négligence
Comportements réactifs
Rapports et plaintes
Prévention et gestion des 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, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Droit à des soins de qualité et à l'autodétermination

Problème de conformité n° 001 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de la sous-disposition 19 iv du paragraphe 3 (1) de la *LRSLD* (2021)

Déclaration des droits des résidents

Paragraphe 3 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au plein respect et à la promotion des droits suivants des résidents :

19. Le résident a le droit :

iv. de voir respecter, conformément à la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé*, le caractère confidentiel de ses renseignements personnels sur la santé au sens de cette loi et d'avoir accès à ses dossiers de renseignements personnels sur la santé, y compris son programme de soins, conformément à cette loi.

Le titulaire de permis n'a pas veillé au respect du caractère confidentiel des renseignements personnels sur la santé d'une personne résidente.

L'écran de la tablette du registre électronique d'administration des médicaments a été aperçu alors qu'il était déverrouillé et affichait les renseignements personnels sur la santé d'une personne résidente. Les renseignements personnels sur la santé étaient visibles pour les personnes résidentes et les autres personnes qui circulaient dans un couloir de l'aile sud du foyer de soins de longue durée.

Sources : Observations et un entretien avec une infirmière autorisée.

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité n° 002 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

paragraphe 154 (1) de la *LRS LD* (2021).

Non-respect : de l'alinéa 6 (1) c) de la *LRS LD* (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;

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel fournissant des soins directs ait reçu des directives claires sur les soins à donner à une personne résidente. La personne résidente a été évaluée comme présentant un risque de chute. Le programme de soins ne comportait pas de directives claires à l'intention du personnel sur les activités de la vie quotidienne (AVQ), plus précisément l'aide à apporter pour l'habillage, la mobilité, les déplacements et la toilette.

Sources : Dossier de santé clinique d'une personne résidente et un entretien avec une infirmière auxiliaire autorisée (IAA).

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les programmes de soins écrits de deux personnes résidentes donnent des directives claires à l'égard du personnel et des autres personnes qui fournissent des soins directs.

Un rapport d'incident critique (RIC) a été soumis au directeur rapportant une allégation de mauvais traitements d'ordre sexuel envers une personne résidente par une autre personne résidente. L'examen des programmes de soins écrits des deux personnes résidentes a révélé qu'il n'y avait pas de directives claires à l'intention du personnel sur la manière de prévenir les incidents et d'assurer la sécurité de la personne résidente. Avant l'incident de mauvais traitements d'ordre sexuel présumé signalé au directeur, la personne résidente avait eu plusieurs incidents semblables avec d'autres personnes résidentes.

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Sources : Rapport d'incident critique, dossiers de santé clinique des personnes résidentes, politique en matière de comportements de nature sexuelle (*BSO_6_Sexual Behaviour policy*), entretien avec la personne responsable du soutien comportemental.

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

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 6 (7) de la *LRSLD* (2021)

Programme de soins

Paragraphe 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 de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis à une personne résidente.

Une personne résidente a été désignée comme présentant un risque de chute « élevé » et avait besoin de l'aide du personnel pour réaliser les AVQ. Le programme de soins indiquait que des interventions de prévention et de gestion des chutes avaient été élaborées et mises en place pour la personne résidente, qui devait se déplacer à l'aide d'un déambulateur et porter des chaussettes antidérapantes.

Les documents précisait que la personne résidente avait fait une chute et subi une fracture. Les documents précisait que la personne résidente ne disposait pas de l'équipement de prévention des chutes décrit dans le programme de soins au moment de la chute.

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Sources : Dossier de santé clinique de la personne résidente, rapport d'incident critique et entretien avec une infirmière autorisée et la directrice des soins.

AVIS ÉCRIT : Cas où une réévaluation et une révision sont nécessaires

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

Non-respect : de l'alinéa 6 (10) c) 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 :

c) les soins prévus dans le programme se sont révélés inefficaces.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente fasse l'objet d'une réévaluation et à ce que le programme de soins soit révisé lorsque le programme s'est révélé inefficace.

Le dossier de santé clinique d'une personne résidente précisait que cette dernière avait été évaluée comme présentant un risque de chute élevé. Les documents indiquaient que la personne résidente avait subi de nombreuses chutes au cours d'une période de six mois. Les documents n'indiquaient pas que les stratégies de prévention et de gestion des chutes avaient été révisées au moment où le programme s'était révélé inefficace à la suite de chacun des incidents de chute. La dixième chute de la personne résidente a entraîné une blessure chez elle, plus particulièrement une fracture, ainsi qu'un changement important de son état de santé.

Sources : Dossier de santé clinique d'une personne résidente, rapport d'incident critique et un entretien avec une IAA.

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

AVIS ÉCRIT : Réévaluation et révision

Problème de conformité n° 005 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRS LD* (2021).

Non-respect : de l'alinéa 6 (11) b) de la *LRS LD* (2021)

Programme de soins

Paragraphe 6 (11) Lorsqu'un résident fait l'objet d'une réévaluation et que son programme de soins est réexaminé et révisé :

b) si le programme de soins est révisé parce que les soins qui y sont prévus se sont révélés inefficaces, le titulaire de permis veille à ce que des méthodes différentes soient prises en considération dans le cadre de la révision du programme.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des méthodes différentes soient prises en considération lorsque le programme de soins s'est révélé inefficace.

Le dossier de santé clinique d'une personne résidente indiquait que celle-ci avait été évaluée comme présentant un risque de chute. Les interventions élaborées et mises en œuvre concernant la prévention des chutes étaient les suivantes : le personnel devait rappeler à la personne résidente d'utiliser son dispositif de mobilité et l'alarme de lit, et la sonnette d'appel devait être fixée aux vêtements de la personne résidente. Les documents précisaient que la personne résidente avait chuté à de nombreuses reprises au cours de l'année précédente, que toutes les chutes avaient entraîné la mise en place d'un programme de traitement des traumatismes crâniens et que, dans deux cas, la personne résidente avait été blessée. Le personnel infirmier autorisé et la directrice des soins ont précisé que la personne résidente était connue pour oublier d'utiliser son dispositif de mobilité, éteindre l'alarme de lit et retirer la sonnette d'appel de ses vêtements. Les documents examinés et les entretiens avec le personnel et les gestionnaires n'ont pas permis d'établir que différentes approches avaient été envisagées au moment où les interventions prévues s'étaient révélées inefficaces.

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Sources : Dossier de santé clinique de la personne résidente, rapport d'incident critique et entretiens avec l'infirmière auxiliaire autorisée, l'infirmière autorisée et la directrice des soins.

AVIS ÉCRIT : Obligation du titulaire de permis d'enquêter, de répondre et d'agir

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

Non-respect : du sous-alinéa 27 (1) a) (i) de la *LRSLD* (2021)

Obligation du titulaire de permis d'enquêter, de répondre et d'agir

Paragraphe 27 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

- a) les incidents suivants qui sont présumés, soupçonnés ou observés et dont il a connaissance ou qui lui sont signalés font l'objet d'une enquête immédiate :
 - (i) les mauvais traitements infligés à un résident par qui que ce soit,

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les incidents suivants qui sont présumés, soupçonnés ou observés et dont il a connaissance ou qui lui sont signalés fassent l'objet d'une enquête immédiate.

Un rapport d'incident critique a été soumis au directeur en rapport avec une allégation de mauvais traitements d'ordre sexuel infligés à une personne résidente par une autre personne résidente.

Un examen des dossiers a révélé que plusieurs incidents de comportement sexuel inapproprié de la part de la personne résidente avaient été consignés dans le système de gestion des risques avant que le rapport d'incident soit soumis au directeur. Ces incidents n'ont pas fait l'objet d'une enquête.

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Sources : Rapport d'incident critique, dossiers cliniques de personnes résidentes, politique en matière de comportements de nature sexuelle (*Policy: BSO 6 – Sexual Behaviours*), entretien avec l'administratrice et responsable par intérim du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement (responsable par intérim du Projet OSTC).

AVIS ÉCRIT : Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

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

Non-respect : de la disposition 2 du paragraphe 28 (1) de la *LRSLD* (2021)

Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

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

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce quiconque ayant des motifs raisonnables de soupçonner que des mauvais traitements d'ordre sexuel se sont produits ou peuvent se produire fasse immédiatement rapport de ses soupçons au directeur.

Un rapport d'incident critique a été soumis au directeur en rapport avec des allégations de mauvais traitements d'ordre sexuel infligés à une personne résidente par une autre personne résidente. Au cours d'un examen de santé clinique de la personne résidente, des indications de comportements sexuels inappropriés semblables impliquant deux personnes résidentes différentes ont été notées. Ces incidents n'ont pas été signalés au directeur.

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Sources : Rapport d'incident critique, dossiers de santé clinique d'une personne résidente, politique en matière de comportements de nature sexuelle (*Policy: BSO 6 – Sexual Behaviours*) et entretien avec l'administratrice et responsable par intérim du Projet OSTC.

AVIS ÉCRIT : Système de communication bilatérale

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

Non-respect : de l'alinéa 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;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel soit accessible et utilisable par les personnes résidentes. Une personne résidente a été aperçue alors qu'elle était assise dans un fauteuil roulant et n'avait pas le système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel à portée de main. La personne résidente dépend du personnel pour ses besoins en matière de soins et est exposée à un risque de chute.

Sources : Observations et dossier de santé clinique d'une personne résidente.

AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes

Problème de conformité n° 009 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : du paragraphe 54 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22**Prévention et gestion des chutes**

Paragraphe 54 (1) Le programme de prévention et de gestion des chutes doit au minimum prévoir des stratégies visant à diminuer les chutes ou à en atténuer les effets, notamment par la surveillance des résidents, le réexamen des régimes médicamenteux des résidents, la mise en œuvre de méthodes axées sur les soins de rétablissement et l'utilisation d'équipement, de fournitures, d'appareils et d'accessoires fonctionnels. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 54 (1).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que son programme de prévention et de gestion des chutes soit respecté, plus particulièrement en ce qui concerne la surveillance d'une personne résidente.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que les politiques écrites élaborées pour le programme de prévention et de gestion des chutes soient respectées.

Le dossier de santé clinique de la personne résidente ne précisait pas que cette dernière faisait l'objet d'une surveillance au moins à chaque quart de travail dans les 72 heures suivant ses incidents de chute, conformément à la politique du titulaire de permis.

Sources : Dossier de santé clinique de la personne résidente, politique du titulaire de permis sur le programme de prévention et de gestion des chutes (*Fall Prevention and Management Program*).

AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes

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

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Non-respect : du paragraphe 54 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Prévention et gestion des chutes

Paragraphe 54 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le résident qui fait une chute fasse l'objet d'une évaluation et à ce qu'une évaluation postérieure à sa chute soit effectuée au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour les chutes. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 54 (2); Règl. de l'Ont. 66/23, art. 11.

Au moment où une personne résidente a subi une chute, le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une évaluation soit effectuée par la suite à l'aide d'un instrument approprié sur le plan clinique. La personne résidente a subi plusieurs chutes au cours d'une période de six mois. Les documents ne précisaient pas qu'un outil d'évaluation post-chute avait été rempli à la suite de chaque incident.

Sources : Dossier de santé clinique de la personne résidente.

AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies

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

Non-respect : du sous-alinéa 55 (2) b) (iv) 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 :

(iv) est réévalué au moins une fois par semaine par une personne autorisée visée au paragraphe (2.1), si cela s'impose sur le plan clinique;

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente présentant des signes d'altération de l'intégrité épidermique soit réévaluée

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

au moins une fois par semaine.

Une infirmière autorisée a constaté qu'une personne résidente présentait des signes d'altération de l'intégrité épidermique. Le dossier de santé clinique n'indiquait pas que la personne résidente avait été réévaluée chaque semaine à la suite de cette évaluation.

Sources : Dossier de santé clinique d'une personne résidente.

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente présentant des signes d'altération de l'intégrité épidermique soit réévaluée au moins une fois par semaine.

Une personne résidente a subi une chute, s'est blessée et a été évaluée comme ayant eu une déchirure de la peau et des ecchymoses en raison de l'incident de chute. Les documents n'indiquaient pas que l'intégrité épidermique altérée avait été réévaluée au moins une fois par semaine.

Sources : Dossier de santé clinique d'une personne résidente.

AVIS ÉCRIT : Comportements réactifs

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

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

Comportements réactifs

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

c) des mesures sont prises pour répondre aux besoins du résident, notamment des évaluations, des réévaluations et des interventions, et les réactions du résident aux interventions sont documentées.

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des mesures soient prises pour répondre aux besoins d'une personne résidente affichant des comportements réactifs de nature sexuelle non gérés, notamment des évaluations, des réévaluations et des interventions.

Un rapport d'incident critique (RIC) a été soumis au directeur concernant un incident de mauvais traitements d'ordre sexuel infligés à une personne résidente par une autre personne résidente. L'examen du dossier clinique a révélé que la personne résidente avait affiché plusieurs comportements de nature sexuelle inappropriés.

Des mesures à l'égard des comportements de nature sexuelle inappropriés d'une personne résidente ont été intégrées dans son programme de soins il y a trois ans, et aucune révision n'a été effectuée lorsque les interventions se sont avérées inefficaces. Le programme de soins de la personne résidente n'a fait l'objet d'aucune révision à la suite de la soumission du rapport d'incident critique au directeur.

Sources : Rapport d'incident critique, examen du dossier d'une personne résidente, entretien avec l'administratrice et responsable par intérim du Projet OSTC.

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

Problème de conformité n° 013 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (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,

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

par. 102 (2).

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à la mise en œuvre de la *Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée*. Le point f) de la section 9.1 de la *PCI* Norme de PCI précise qu'au minimum, les précautions supplémentaires doivent inclure des exigences supplémentaires concernant l'équipement de protection individuelle (EPI), notamment le choix, le port, le retrait et l'élimination de façon appropriée.

Le foyer de soins de longue durée a été désigné par Santé publique Ontario comme étant en situation d'épidémie de maladie entérique, ce qui a nécessité la mise en place de mesures de contrôle améliorées en matière de PCI. Une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) a été aperçue alors qu'elle était en train de mettre l'EPI avant d'entrer dans la chambre d'une personne résidente désignée comme faisant l'objet de mesures de contrôle améliorées, plus particulièrement des précautions à prendre en cas de « contact avec des gouttelettes ». Les observations n'ont pas permis d'établir que la PSSP avait respecté les pratiques d'hygiène des mains après avoir retiré son masque d'intervention et avant de mettre son masque N95 et son dispositif de protection oculaire.

Sources : Observations, dossier de santé clinique de la personne résidente, liste sommaire du titulaire de permis pour l'éclosion déclarée et entretien avec l'infirmière autorisée responsable de la PCI.

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à la mise en œuvre de la *Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée*. Conformément au point e) de la section 9.1 de la Norme de PCI, au minimum, les précautions supplémentaires doivent comporter des affiches au point de service indiquant que des mesures de contrôle améliorées en matière de PCI sont en place.

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Le foyer de soins de longue durée a été désigné par Santé publique Ontario comme étant en situation d'épidémie de maladie entérique. Les personnes résidentes de deux chambres différentes ont été considérées comme des cas lors de l'éclosion. Les observations n'ont pas permis d'établir que le titulaire de permis avait apposé des affiches au point de service indiquant que des mesures de contrôle améliorées étaient en place, plus particulièrement des précautions à prendre en cas de « contact avec des gouttelettes ».

Sources : Observations, examen du dossier de santé clinique des personnes résidentes, liste sommaire du titulaire de permis pour l'éclosion déclarée et entretien avec l'infirmière autorisée responsable de la PCI.

AVIS ÉCRIT : Entreposage sécuritaire des médicaments

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

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

Entreposage sécuritaire des médicaments

Paragraphe 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 qui réunit les conditions suivantes :
- (ii) il est sûr et verrouillé,

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des médicaments soient entreposés dans un chariot à médicaments sûr et verrouillé.

Des médicaments prescrits aux personnes résidentes, notamment de l'acétaminophène, de l'apixaban et trois autres médicaments non identifiés, ont été aperçus sur un chariot à médicaments laissé sans surveillance dans un couloir du foyer. Une infirmière autorisée, qui avait été affectée au chariot à médicaments, se trouvait dans la chambre d'une personne résidente dont la porte était fermée. Des

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

personnes résidentes ont été aperçues à proximité du chariot à médicaments.

Sources : Observations et un entretien avec l'IA.

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 001 Obligation de protéger

Problème de conformité n° 015 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : du paragraphe 24 (1) de la *LRSLD* (2021)

Obligation de protéger

Paragraphe 24 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée protège les résidents contre les mauvais traitements de la part de qui que ce soit et veille à ce que les résidents ne fassent l'objet d'aucune négligence de sa part ou de la part du personnel.

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

Plus précisément, le titulaire de permis doit prendre au minimum les mesures ci-dessous.

1. Veiller à ce que les personnes résidentes impliquées dans l'incident soient protégées contre les mauvais traitements et la négligence, y compris les mauvais traitements d'ordre sexuel.

a) Mettre en œuvre immédiatement des directives claires à l'intention du personnel ainsi que des interventions visant à protéger les personnes résidentes et toutes les autres personnes résidentes exposées à un risque contre les mauvais traitements, y compris ceux d'ordre sexuel.

Ces interventions resteront en place pendant que le titulaire de permis élaborera, mettra en œuvre et évaluera des stratégies efficaces pour les personnes résidentes

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

désignées.

Veiller à ce que les programmes de soins écrits de ces personnes résidentes soient immédiatement mis à jour et comportent des directives claires sur la gestion et l'atténuation des risques pour l'ensemble des personnes résidentes. Documenter la date, les interventions précises et les directives claires mises en place. Les documents doivent comprendre des détails sur l'équipe interdisciplinaire, les personnes résidentes et leurs mandataires spéciaux mobilisés dans la mise en œuvre des interventions, de même que sur la manière dont ces renseignements sont communiqués à l'ensemble du personnel.

b) Procéder à une évaluation du soutien comportemental, y compris l'outil Mon sommaire personnel pour ces personnes résidentes. Conserver un registre des évaluations, de leurs dates et du nom des personnes qui y ont participé.

c) Le responsable du Projet OSTC ou son représentant se réunira chaque semaine avec la PSSP affectée et le personnel autorisé désigné pour discuter avec eux du programme de soins de la personne résidente, y compris de tout comportement réactif affiché pendant les huit semaines précédentes. Conserver une trace écrite du nom de la PSSP et des membres du personnel autorisé, de la date de la réunion et des comportements réactifs affichés par les personnes résidentes au cours de la semaine.

Si la personne résidente a affiché des comportements réactifs cette semaine-là, le responsable du Projet OSTC, la PSSP et le personnel autorisé mettront en œuvre des interventions pour gérer ces comportements. La semaine suivante, lors de la réunion, le responsable du Projet OSTC documentera la réaction de la personne résidente à ces interventions. Si les interventions mises en œuvre se sont avérées inefficaces, le responsable du Projet OSTC documentera les autres interventions exécutées ainsi que les évaluations ou réévaluations qui auront été effectuées et les orientations qui auront été faites, le cas échéant. Si les comportements réactifs de la personne résidente sont gérés et si elle n'a affiché aucun comportement

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

cette semaine-là, le préciser dans les documents. Fournir toute la documentation à la demande de l'inspectrice ou de l'inspecteur.

d) Le responsable du Projet OSTC ou son représentant mettra à jour le programme de soins des personnes résidentes en y intégrant les nouvelles interventions en cours. Transmettre, à la demande de l'inspectrice ou de l'inspecteur, un registre du programme de soins mis à jour en fonction des changements apportés au cours des huit semaines précédentes. Le titulaire de permis conservera une documentation continue des interventions efficaces ou inefficaces et des raisons de leur succès ou de leur échec.

e) Au cours de la période de huit semaines, le responsable du Projet OSTC ou son représentant communiquera au personnel toute nouvelle intervention mise en œuvre pour les personnes résidentes. Conserver une trace écrite de ce qui a été communiqué au personnel, de la plateforme utilisée et des dates auxquelles la communication a eu lieu. Fournir la documentation à la demande de l'inspectrice ou de l'inspecteur.

2) Le titulaire de permis demandera à une ressource ou à un intervenant en soutien extérieur de donner une formation au foyer de soins de longue durée. La formation portera notamment sur ce qui constitue des mauvais traitements d'ordre sexuel dans un foyer de soins de longue durée, sur la manière dont le personnel doit évaluer et confirmer les attouchements, comportements ou remarques de nature sexuelle ou les actes d'exploitation sexuelle consentis commis par une personne envers une personne résidente. La formation comprendra les raisons possibles ou les besoins non satisfaits qu'une personne résidente pourrait exprimer. Cette formation sera donnée à l'ensemble du personnel autorisé, y compris le personnel d'agence.

Conserver les documents relatifs au matériel de formation, au nom de la personne qui a donné la formation ainsi qu'à la date et à l'heure où celle-ci a été donnée. Tenir un registre du nom des membres du personnel formés et des signatures

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

confirmant leur présence.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas protégé des personnes résidentes contre les mauvais traitements d'ordre sexuel de la part d'une autre personne résidente.

Un rapport d'incident critique (RIC) a été soumis au directeur concernant une allégation de mauvais traitements d'ordre sexuel à l'égard d'une personne résidente. Les dossiers cliniques des deux dernières années ont démontré que la personne résidente avait subi de nombreux incidents de comportement sexuel inapproprié avant d'en informer le directeur. Les autres personnes résidentes avaient été exposées à répétition à des comportements sexuels inappropriés.

Le programme de soins écrit de la personne qui aurait commis les mauvais traitements concernant les comportements sexuels inappropriés a été mis en place il y a plusieurs années. Cependant, aucune autre action n'a été documentée lorsque les incidents persistants se sont produits. Les mesures prises pour répondre aux besoins potentiels non satisfaits de la personne résidente, y compris les évaluations, les réévaluations et les interventions, n'ont pas été documentées, pas plus que les réponses de la personne résidente aux interventions. Aucune révision du programme de soins de la personne résidente n'a été faite au cours des trois dernières années.

Les programmes de soins des autres personnes résidentes ne précisait pas qu'elles avaient été exposées au risque d'être victimes de comportements sexuels inappropriés de la part de la personne résidente, et la manière dont le foyer les protégeait contre la personne résidente n'était pas claire. Le responsable par intérim du Projet OSTC a déclaré que les autres personnes résidentes seraient ramenées dans leur chambre s'il n'y avait pas de supervision directe, ce qui les limiterait aux aires communes en fonction du niveau de personnel. Le titulaire de permis n'a pas veillé à protéger les autres personnes résidentes, car il n'a pas abordé et géré efficacement les comportements sexuels inappropriés de la 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, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Les problèmes de conformité suivants ont été relevés dans ce rapport concernant les comportements sexuels inappropriés de la personne résidente :

- Avis écrit, alinéa 6 (1) c) de la *LRSLD* (2021)
- Avis écrit, alinéa 58 (4) c) du Règl. de l'Ont. 246/22
- Avis écrit, disposition 2 du paragraphe 28 (1) de la *LRSLD* (2021)
- Avis écrit, sous-alinéa 27 (1) a) (i) de la *LRSLD* (2021)

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que les comportements sexuels d'une personne résidente soient signalés, à ce qu'ils fassent l'objet d'une enquête et à ce que le personnel tente de les gérer a mené à des mauvais traitements d'ordre sexuel persistants présumés envers d'autres personnes résidentes.

Sources : Rapport d'incident critique, dossiers de santé clinique des personnes résidentes, politique en matière de comportements de nature sexuelle (*Policy: BSO 6 – Sexual Behaviours*) et entretien avec l'administratrice et responsable par intérim du Projet OSTC.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 4 avril 2025.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa ON 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 169 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (la Loi). Le titulaire de permis peut demander au directeur de suspendre le ou les présents ordres en attendant la révision. Si un titulaire de permis demande la révision d'un APA, l'obligation de payer est suspendue jusqu'à la décision de la révision.

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

La demande écrite de révision doit comprendre :

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

La demande écrite de révision doit être signifiée en mains propres, par courrier recommandé, par courriel ou par service de messagerie 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 du
ministère des Soins de longue durée

438, avenue University, 8^e étage

Toronto (Ontario) M7A 1N3

Courriel : MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca

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 ON 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 suivant la date à laquelle il a reçu une copie de l'ordre, de l'APA ou de la décision du directeur qui fait l'objet de l'appel. L'avis d'appel doit être remis à la fois à la CARSS et au directeur.

Commission d'appel et de révision des services de santé

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

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

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.