

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 initial

Date d'émission du rapport : 23 août 2024

Numéro d'inspection : 2024-1378-0004

Type d'inspection :

Plainte
Incident critique

Titulaire de permis : Axium Extendicare LTC II LP, par ses partenaires généraux
Extendicare LTC Managing II GP Inc. et Axium Extendicare LTC II GP Inc.

Foyer de soins de longue durée et ville : Sherwood Court Long Term Care
Centre, Maple

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : les 17, 18, 20 et du 22 au 25 juillet 2024

L'inspection a eu lieu à l'extérieur aux dates suivantes : le 19 juillet 2024

L'inspection concernait :

Une demande liée à de la négligence envers une personne résidente.

Demandes liées à la prévention des chutes.

Une demande liée à des comportements réactifs.

Une demande liée au décès inattendu d'une personne résidente.

Une demande liée à une plainte portant sur des allégations de mauvais traitements et de négligence et sur les qualifications du personnel.

Une demande liée à un incident d'étouffement.

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

- Prévention et gestion relatives aux soins de la peau et des plaies
- Alimentation, nutrition et hydratation
- Gestion des médicaments
- Prévention et contrôle des infections
- Comportements réactifs
- Prévention des mauvais traitements et de la négligence
- Normes de dotation, de formation et de soins
- Rapports et plaintes
- Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

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

Non-respect : de l'alinéa 6 (4) b) de la *LRSLD* (2021)

Programme de soins

Paragraphe 6 (4) Le titulaire de permis veille à ce que le personnel et les autres personnes qui participent aux différents aspects des soins du résident collaborent ensemble à ce qui suit :

b) l'élaboration et la mise en œuvre du programme de soins de sorte que les différents aspects des soins s'intègrent les uns aux autres, soient compatibles les uns avec les autres et se complètent.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel et les autres personnes qui participent aux différents aspects des soins d'une personne résidente collaborent à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de soins de sorte que les

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

différents aspects des soins s'intègrent les uns aux autres, soient compatibles les uns avec les autres et se complètent.

Justification et résumé

Un rapport d'incident critique a été soumis au ministère des Soins de longue durée concernant un événement vécu par une personne résidente et ayant entraîné un décès inattendu.

Le programme de soins de la personne résidente indiquait qu'elle avait un diagnostic médical qui affectait son apport, créant ainsi un risque de complications nutritionnelles. La fiche de communication du diététiste professionnel et du gestionnaire de la nutrition indiquait que des changements avaient été apportés au régime alimentaire de la personne résidente en rapport avec le risque identifié. La feuille numérique des directives données concernant le régime alimentaire indiquait un régime différent de celui identifié sur la feuille de communication. L'évaluation nutritionnelle réalisée par le diététiste professionnel indiquait les interventions nutritionnelles qui correspondaient à la feuille de communication.

Le diététiste professionnel et le gestionnaire de la nutrition ont indiqué que l'ordonnance alimentaire de la personne résidente concernait un régime spécifique. Le chef régional, le directeur des soins et la directrice générale ont confirmé que la note nutritionnelle du diététiste professionnel et le programme de soins de la personne résidente ne correspondaient pas à l'orientation nutritionnelle et aux directives données concernant le régime alimentaire.

Le fait que le diététiste professionnel n'ait pas collaboré avec les autres membres du personnel concernant les changements apportés au programme de soins alimentaires de la personne résidente a fait courir à cette dernière un risque de préjudice. En conséquence, la personne résidente a vécu un événement qui a conduit à son décès inattendu.

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 : Dossiers cliniques de la personne résidente, séquences vidéo et entretiens avec la personne préposée au soutien à la personne (PSSP), l'infirmière auxiliaire autorisée (IAA), le diététiste professionnel, le gestionnaire de la nutrition, le chef régional, le directeur des soins et la directrice générale.

AVIS ÉCRIT : Planification des menus

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

Non-respect : du paragraphe 77 (5) du Règl. de l'Ont. 246/22

Planification des menus

Paragraphe 77 (5) Le titulaire de permis veille à ce que les choix indiqués au menu planifié soient offerts et disponibles à chaque repas et collation. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 390 (1).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les choix indiqués au menu planifié soient offerts et disponibles à chaque repas et collation.

Justification et résumé

Lors d'une observation en salle à manger, des personnes résidentes se sont vu servir des aliments qui n'étaient pas indiqués dans le menu planifié.

L'aide-diététiste a indiqué que les aliments du menu préparés pour ce repas n'étaient pas les mêmes que ceux du menu planifié. Le gestionnaire de la nutrition a confirmé que l'aliment du menu n'avait pas été préparé pour le menu, et que le menu planifié n'avait donc pas été respecté.

Le fait de ne pas préparer les aliments du menu conformément au menu planifié peut avoir une incidence sur le plaisir qu'éprouvent les personnes résidentes à prendre leur repas et sur leur apport nutritionnel global, car elles n'ont pas la possibilité de choisir leurs repas en fonction du menu planifié et affiché à l'avance.

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 : Observations des repas, le menu planifié et affiché dans la salle à manger, et entretiens avec l'aide-diététiste, et le gestionnaire de la nutrition.

AVIS ÉCRIT : Service des repas

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

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

Préparation alimentaire

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 :

a) préservent le goût, la valeur nutritive, l'apparence et la qualité des aliments;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les aliments soient servis de manière à en préserver le goût et la valeur nutritive.

Justification et résumé

Au cours d'une observation du repas de midi dans une section accessible aux personnes résidentes, l'inspectrice ou l'inspecteur a observé la personne responsable du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement en train d'ajouter du ketchup à la part de pizza d'une personne résidente. Lorsqu'on lui a demandé si la personne résidente avait demandé que ce condiment soit ajouté à sa pizza, le membre du personnel a répondu que ce n'était pas le cas, mais que d'autres membres du personnel lui avaient demandé de l'ajouter. Interrogée, l'aide-diététiste a indiqué que la personne résidente mettait du ketchup sur tous ses aliments et qu'il y en avait déjà sur la pizza, de sorte que l'ajout du condiment ne changeait rien. À ce moment-là, le gestionnaire de la nutrition, qui était présent dans l'aire, a déclaré que le ketchup était ajouté à la nourriture pour la rendre plus humide. Le gestionnaire de la nutrition a déclaré offrir de multiples condiments aux

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 dans le cadre de leur expérience culinaire, et que ceci n'était pas différent. Lorsque l'inspectrice ou l'inspecteur a demandé si l'ajout de ketchup avait été proposé à la personne résidente ou simplement fait sans consultation, le gestionnaire de la nutrition a confirmé que le condiment avait été ajouté sans demander à la personne résidente quelle était sa préférence. Le gestionnaire de la nutrition a ensuite déclaré qu'il s'était déjà entretenu avec le personnel chargé de l'aide à l'alimentation et qu'il lui avait dit qu'il devait demander l'avis de la personne résidente avant d'ajouter un condiment.

Le fait de ne pas servir les aliments de manière à préserver le goût peut réduire l'expérience agréable du repas pour la personne résidente.

Sources : observations, entretiens avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Prévention et contrôle des infections (PCI)

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 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).

Le titulaire de permis n'a pas réussi à s'assurer que tout le personnel adhérait aux quatre moments d'hygiène des mains.

Conformément à la *Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée* publiée par le directeur et révisée en septembre 2023, le point b) de la section 9.1 stipule ce qui suit : Le titulaire de permis veille à ce que l'on se conforme aux pratiques de base et aux précautions

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

supplémentaires dans le programme de PCI. b) l'hygiène des mains, notamment lors des quatre moments de l'hygiène des mains (avant de toucher à la personne résidente ou à son environnement; avant une intervention aseptique; après un risque de contact avec du liquide organique, et après un contact avec la personne résidente ou son environnement).

Justification et résumé

Au cours d'une observation à l'heure du repas dans une section accessible aux personnes résidentes, un membre du personnel des loisirs a été observé en train d'établir un contact physique avec plusieurs personnes résidents. Le membre du personnel a été observé en train de se déplacer entre les personnes résidentes sans effectuer aucune forme d'hygiène des mains avant ou après le contact physique.

Lors d'une deuxième observation à l'heure du repas, une PSSP a été observée en train d'aider les personnes résidentes à entrer dans la salle à manger. La PSSP a été observée en train de fournir une assistance physique à une personne résidente, de sortir de la salle à manger en entrant dans la chambre d'une autre personne résidente, et de lui fournir une assistance physique. À aucun moment, avant ou après le contact physique avec les personnes résidentes, on n'a observé la PSSP effectuer une hygiène des mains.

Le fait que le personnel n'ait pas adhéré aux quatre moments d'hygiène des mains a exposé les personnes résidentes à un risque accru d'exposition et de transmission d'agents pathogènes.

Sources : observations, entretien avec la responsable de la PCI.

AVIS ÉCRIT : Rapports : incidents graves

Problème de conformité n° 005 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 : de la disposition 1 du paragraphe 115 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Rapports : incidents graves

Paragraphe 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) :

1. Une situation d'urgence au sens de l'article 268, notamment un incendie, une évacuation non planifiée ou l'accueil de personnes évacuées.

1. Le titulaire de permis a omis d'informer immédiatement le directeur d'une urgence médicale liée à un incident d'étouffement d'une personne résidente au sens de l'article 268 de façon aussi détaillée que possible compte tenu des circonstances.

Justification et résumé

Une personne résidente a vécu un événement alors qu'elle était soutenue par le personnel.

D'après les dossiers de santé électroniques de la personne résidente, cette dernière a vécu un événement alors qu'elle bénéficiait du soutien du personnel. Le membre du personnel a appelé à l'aide et d'autres membres du personnel sont venus et ont commencé à intervenir.

Conformément à la sous-disposition 1 vi du paragraphe 268 (4) du Règl. de l'Ont. 246/22, une urgence médicale est considérée comme une situation d'urgence. Le directeur des soins a indiqué que l'incident était une urgence médicale et n'a pas été signalé au directeur comme un incident critique.

Le risque pour la personne résidente était minime, mais le foyer n'a pas enquêté sur l'incident, ce qui a réduit les possibilités de mettre en œuvre des mesures correctives et peut avoir contribué à la récurrence d'épisodes d'étouffement.

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 : Dossiers de santé électroniques de la personne résidente et entretiens avec le personnel.

2. Le titulaire de permis n'a pas informé immédiatement le directeur d'un événement impliquant une personne résidente au sens de l'article 268 de façon aussi détaillée que possible compte tenu des circonstances.

Justification et résumé

Une personne résidente a vécu un événement dans une section commune accessible aux personnes résidentes.

Selon les dossiers de santé électroniques de la personne résidente, cette dernière a vécu un événement. Le personnel s'est rendu sur les lieux de l'événement et a entrepris des interventions qui ont été couronnées de succès. Le programme de soins de la personne résidente a été ajusté à la suite de l'événement.

Conformément à la sous-disposition 1 vi du paragraphe 268 (4) du Règl. de l'Ont. 246/22, une urgence médicale est considérée comme une situation d'urgence. Le directeur des soins a indiqué que l'incident était une urgence médicale et n'a pas été signalé au directeur comme un incident critique.

Le risque pour la personne résidente était minime, mais le foyer n'a pas enquêté sur l'incident, ce qui a réduit les possibilités de mettre en œuvre des mesures correctives et peut avoir contribué à la récurrence d'événements futurs.

Sources : Dossiers de santé électroniques de la personne résidente et entretiens avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Rapports : incidents graves

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

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

Non-respect : de la disposition 4 du paragraphe 115 (3) du Règl. de l'Ont. 246/22

Rapports : incidents graves

Paragraphe 115 (3) Le titulaire de permis veille, d'une part, à aviser le directeur lorsque se produisent au foyer les incidents suivants et ce, au plus tard un jour ouvrable après l'incident, et, d'autre part à faire suivre le rapport exigé au paragraphe (5) :

4. Sous réserve du paragraphe (4), un incident cause à un résident une lésion nécessitant son transport à l'hôpital et provoque un changement important dans son état de santé.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le directeur soit informé d'un événement vécu par une personne résidente au plus tard un jour ouvrable après que l'incident s'est produit.

Justification et résumé

Un rapport d'incident critique a été soumis au ministère des Soins de longue durée au sujet d'une personne résidente qui a vécu un événement qui a entraîné son décès inattendu. Le foyer n'a pas signalé l'incident au directeur dans un délai d'un jour ouvrable.

Le directeur des soins a indiqué qu'il n'était pas au courant qu'une personne résidente avait subi un changement important de son état de santé et a déclaré qu'il n'avait pas signalé l'incident au directeur dans un délai d'un jour ouvrable.

Le fait de ne pas avoir signalé un incident critique au directeur a entraîné un risque minime pour la personne résidente.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente, rapport d'incident critique et entretien avec le directeur des soins.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 001 Foyer : milieu sûr et sécuritaire

Problème de conformité n° 007 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de l'article 5 de la *LRSLD* (2021)

Foyer : milieu sûr et sécuritaire

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

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

1. Le titulaire de permis doit procéder à une évaluation complète de la sécurité de la salle à manger d'une section accessible aux personnes résidentes, en se concentrant plus particulièrement sur les lignes de visibilité à des fins de surveillance. L'aire arrière de la salle à manger, derrière la cloison, doit faire l'objet d'un examen plus approfondi. Le but de cette évaluation est d'identifier les aires peu ou pas visibles pour la surveillance des personnes résidentes par le personnel pendant les repas. Les registres de cette évaluation doivent être conservés et produits immédiatement à la demande d'une inspectrice ou d'un inspecteur.
2. Le titulaire de permis doit prendre des mesures correctives immédiates pour remédier aux aires de visibilité réduite. Le titulaire de permis doit conserver une trace écrite de toutes les mesures correctives prises, y compris les activités et les interventions spécifiques appliquées, la date de la mesure corrective et le nom de la personne qui l'a mise en œuvre.
3. Le titulaire de permis doit mettre à jour le plan de table et communiquer avec le personnel au sujet des changements de place. Le titulaire de permis doit élaborer

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

un plan et un processus de mise à jour de la liste des personnes résidentes en fonction de l'évolution de leur état de santé. Le diététiste professionnel et le gestionnaire de la nutrition doivent élaborer et mettre en œuvre un horaire pour collaborer et discuter des plans de table des personnes résidentes, au moins une fois par mois.

4. Le titulaire de permis doit procéder à un examen complet de tous les besoins des personnes résidentes en matière de repas et de surveillance dans la salle à manger de Via Roma et veiller à ce que toute personne résidente nécessitant une surveillance soit placée dans un endroit visible de toutes les aires de la salle à manger; plus précisément, aucune personne résidente nécessitant une surveillance continue ou une surveillance accrue ne sera placée derrière la cloison.

Motifs

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer constitue un milieu sûr et sécuritaire pour une personne résidente.

Justification et résumé

Un rapport d'incident critique a été soumis au ministère des Soins de longue durée au sujet d'une personne résidente qui a vécu un événement au cours d'une activité spécifiée. Au moment de l'événement, la personne résidente se trouvait dans une section commune accessible aux personnes résidentes, derrière une cloison. La cloison dans l'aire spécifiée obstruait la vue du personnel.

Le programme de soins écrit de la personne résidente indiquait qu'elle avait besoin de soutiens multiples pour une activité spécifiée.

L'examen des séquences vidéo a permis de constater qu'il n'y avait pas de personnel dans l'aire immédiate pour assurer la supervision d'une personne résidente au moment où elle a vécu un événement. Il a également été observé

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

qu'un membre du personnel autorisé et une PSSP se trouvaient à l'aire avant de la salle à manger, où leur vue était obstruée par la cloison.

Lors des entretiens avec les PSSP, toutes deux ont déclaré qu'elles étaient occupées avec d'autres personnes résidentes au moment de l'incident. Le directeur adjoint des soins a confirmé qu'aucun membre du personnel ne se trouvait à proximité de la personne résidente au moment de l'événement.

Il y a eu une incidence modérée sur la sécurité et le bien-être d'une personne résidente lorsque la surveillance du personnel a été obstruée en raison de la cloison de la salle à manger. Le foyer a connu plusieurs événements de même nature dans la même aire au cours d'une période de 35 jours.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente, séquences vidéo et entretiens avec les PSSP, l'IAA et le directeur adjoint des soins.

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer constitue un milieu sûr et sécuritaire pour une personne résidente.

Justification et résumé

Un rapport d'incident critique a été soumis au ministère des Soins de longue durée au sujet d'une personne résidente qui a vécu un incident au cours d'une activité spécifiée. Au moment de l'événement, la personne résidente se trouvait dans une aire désignée derrière une cloison. La cloison a obstrué la vue du personnel qui surveillait une personne résidente, ce qui a entraîné un incident avec le décès inattendu de la personne résidente.

Le programme de soins écrit de la personne résidente indiquait que cette dernière avait besoin d'un soutien spécifique et d'une surveillance accrue.

D'après la séquence vidéo, une personne ne faisant pas partie du personnel a été observée en train d'informer un membre du personnel que la personne résidente subissait un incident. Il a également été observé qu'un membre 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, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

autorisé et une PSSP se trouvaient dans une aire spécifique, où leur vue de la personne résidente était obstruée par la cloison.

Au cours d'un entretien, la PSSP a indiqué qu'elle s'occupait d'autres personnes résidentes au moment de l'incident et qu'elle n'était pas présente dans l'aire en question. L'IAA a indiqué qu'elle était venue aider la personne résidente lorsque la PSSP a appelé à l'aide. Le directeur des soins a confirmé qu'aucun membre du personnel n'était présent près de la personne résidente lorsqu'elle a vécu l'événement.

Il y a eu une incidence importante sur la sécurité et le bien-être d'une personne résidente lorsque la vue du personnel chargé de surveiller les personnes résidentes a été obstruée en raison de la cloison. La personne résidente a vécu un événement et est décédée de façon inattendue. Le foyer a connu plusieurs événements dans la même aire au cours d'une période de 35 jours.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente, séquences vidéo et entretiens avec les PSSP, l'IAA et le directeur des soins.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le
15 novembre 2024

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

AVIS DE PÉNALITÉ ADMINISTRATIVE (APA)

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

Avis de pénalité administrative (APA) n° 001

Lié à l'ordre de conformité (OC) 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^e étage
Oshawa ON 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 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 exigence qui a donné lieu à un ordre en vertu de l'article 155 de la Loi et que, au cours des trois années précédant immédiatement la date d'émission de l'ordre en vertu de l'article 155, le titulaire du permis ne s'est pas conformé à la même exigence.

Historique de la conformité

Il s'agit de la première fois que le titulaire de permis ne respecte pas l'exigence en question.

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

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

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 002 Obligation de protéger

Problème de conformité n° 008 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)

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

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)]:

1. Le diététiste professionnel et une personne désignée par l'équipe de direction identifieront toutes les personnes résidentes présentant un risque élevé d'étouffement dans une section accessible aux personnes résidentes, ainsi que toutes les personnes résidentes nécessitant une supervision et des couverts ou des appareils fonctionnels pendant les repas. Une fois cet examen terminé, le titulaire de permis doit créer une liste de personnes résidentes avec une mention des besoins spécifiques.
2. Le diététiste professionnel et une personne désignée par l'équipe de direction doivent offrir une formation unique en personne à tout le personnel d'activation (y compris le personnel de l'agence) et au personnel en diététique sur les interventions du programme de soins des personnes résidentes identifiées et sur le logiciel Meal suite à mettre en œuvre pendant l'heure des repas. Cette liste doit ensuite être placée dans un endroit peu visible au poste de soins infirmiers et dans la salle à manger d'une section accessible aux personnes résidentes. Si une personne résidente a des besoins différents en matière de texture ou de supervision, son nom sera ajouté à cette liste et le personnel sera mis au courant. La liste des personnes résidentes examinées, la liste des personnes résidentes identifiées comme nécessitant des mesures supplémentaires et la liste des dates, heures, lieux et participants à la formation seront conservées. Le titulaire de permis doit tenir un registre documenté de la formation comprenant le contenu, les dates de la formation, la personne qui a donné la formation, ainsi qu'une liste des noms

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

des membres du personnel ayant assisté à la formation et leur signature. Un registre doit être mis à la disposition de l'inspectrice ou de l'inspecteur immédiatement sur demande.

3. Le titulaire de permis mettra à jour toutes les responsabilités professionnelles concernant l'alimentation pour le personnel de première ligne afin d'inclure la surveillance des personnes résidentes pour tous les repas et collations, y compris ceux qui sont nourris par les membres de la famille et les bénévoles. La routine de travail comprendra les attentes du foyer en ce qui concerne la fréquence de surveillance des personnes résidentes pendant les repas. Fournir une formation sur les routines de travail mises à jour à tout le personnel infirmier de première ligne. Conserver une trace écrite de cette formation, y compris le contenu, les dates de la formation, la personne qui l'a donnée et une liste des membres du personnel qui y ont assisté. Un registre doit être mis à la disposition de l'inspectrice ou de l'inspecteur immédiatement sur demande.

4. Le diététiste professionnel et une équipe de direction désignée élaboreront un processus et un horaire de communication pour s'assurer que tout le personnel d'une section accessible aux personnes résidentes est sensibilisé et formé en ce qui a trait aux interventions nutritionnelles des personnes résidentes à l'heure des repas.

a) Le diététiste professionnel et une personne désignée par l'équipe de direction effectueront au moins trois vérifications aléatoires par semaine pendant deux semaines sur l'efficacité de la supervision, y compris le service des repas au déjeuner, au dîner et au souper, les jours de semaine et les fins de semaine.

b) Une fois la vérification terminée, le diététiste professionnel et un membre désigné de l'équipe de direction analyseront les résultats de la vérification, identifieront les lacunes s'il y en a, et examineront les conclusions avec l'administratrice et le directeur des soins.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

- c) Après avoir identifié les lacunes, le diététiste professionnel et une personne désignée par l'équipe de direction fourniront une formation en personne au personnel identifié dans le processus de vérification comme manquant de compétences ou de connaissances sur les interventions du programme de soins de la personne résidente ou sur Meal suite.
- d) Une fois le processus de formation terminé, le diététiste professionnel et un responsable désigné effectueront une deuxième série d'au moins trois vérifications aléatoires à l'heure des repas jusqu'à ce que l'ordre de conformité soit respecté.
- e) Ces registres doivent être mis à la disposition de l'inspectrice ou de l'inspecteur immédiatement sur demande.

Motifs

1. Le titulaire permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente ne fasse pas l'objet de négligence en lui apportant le soutien nécessaire.

Justification et résumé

Un rapport d'incident critique a été soumis au ministère des Soins de longue durée au sujet d'une personne résidente qui a vécu un incident avec un décès inattendu.

Le programme de soins écrit de la personne résidente indique que celle-ci avait besoin d'interventions spécifiques. Le profil de la personne résidente dans un programme spécifié indiquait certaines interventions, mais ne reflétait pas entièrement les informations contenues dans le programme de soins.

L'examen des séquences vidéo a permis de constater qu'un nombre limité d'interventions avaient été effectuées. Il a également été observé que les interventions semblaient avoir une incidence limitée. On a ensuite observé que la personne résidente s'était désengagée des interventions et qu'elle avait ensuite vécu un événement.

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 cours des entretiens avec la directrice générale et le directeur des soins, il a été confirmé que les directives énoncées dans le programme de soins n'avaient pas été suivies.

L'incident critique a engendré une gravité et un risque élevés pour une personne résidente, car il a contribué au décès inattendu de cette dernière. Il y a eu une gravité et un risque élevés pour la sécurité et le bien-être d'une personne résidente lorsque les interventions requises n'ont pas été employées. De plus, le foyer de soins de longue durée a connu plusieurs incidents de même nature dans la même aire spécifiée au cours d'une période de 35 jours.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente, séquences vidéo et entretiens avec les PSSP, l'IAA, le chef régional et le directeur des soins.

2. Le titulaire permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente ne fasse pas l'objet de négligence en effectuant une intervention spécifiée au cours d'une activité spécifiée.

Justification et résumé

Un rapport d'incident critique a été soumis au ministère des Soins de longue durée au sujet d'une personne résidente qui a vécu un incident avec un décès inattendu.

Le programme de soins écrit de la personne résidente indiquait que cette dernière avait besoin d'interventions spécifiques en rapport avec son état de santé.

Lors de l'examen des séquences vidéo, on a observé qu'une personne ne faisant pas partie du personnel avertissait un membre du personnel que la personne résidente subissait un incident. Il a également été observé qu'un membre du personnel autorisé et une PSSP se trouvaient à l'avant d'une section accessible aux personnes résidentes en particulier, où leur vue sur la personne résidente était obstruée par une cloison.

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 cours d'un entretien, la PSSP a indiqué qu'elle s'occupait d'autres personnes résidentes au moment de l'incident et qu'elle n'était pas présente dans l'aire en question. L'IAA a indiqué qu'elle était venue aider la personne résidente lorsque la PSSP a appelé à l'aide. Le directeur des soins a confirmé qu'aucun membre du personnel n'était présent près de la personne résidente au moment de l'incident.

Il y a eu une gravité et un risque élevés pour la sécurité et le bien-être d'une personne résidente lorsque les interventions spécifiées n'ont pas été employées au cours de l'événement spécifié. Le foyer a connu plusieurs incidents de même nature dans la même section accessible aux personnes résidentes au cours d'une période de 35 jours.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente, séquences vidéo et entretiens avec les PSSP, l'IAA, le chef régional et la directrice des soins.

3. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente ne fasse pas l'objet de négligence de la part du personnel et que les autres personnes qui participent aux différents aspects des soins d'une personne résidente collaborent à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de soins lié à un domaine spécifique, de sorte que les différents aspects des soins s'intègrent les uns aux autres, soient compatibles les uns avec les autres et se complètent.

Justification et résumé

Un rapport d'incident critique a été soumis au ministère des Soins de longue durée au sujet d'une personne résidente qui a vécu un incident avec un décès inattendu.

Les dossiers montrent que le programme de soins écrit de la personne résidente a été examiné à une date précise. Dans le programme de soins, il était indiqué que la personne résidente avait des besoins spécifiés liés à un diagnostic. La feuille de communication du diététiste professionnel et du questionnaire de la nutrition indiquait qu'une intervention spécifique avait été interrompue. L'ordonnance numérique imprimée à une date indiquée montrait une intervention spécifique. Une

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

évaluation remplie par le diététiste professionnel indiquait une intervention différente.

Le diététiste professionnel et le gestionnaire de la nutrition ont indiqué que l'ordonnance d'une personne résidente portait sur une intervention spécifiée depuis une date notée. Le chef régional et le directeur des soins ont confirmé que la note et le programme de soins du diététiste professionnel pour une personne résidente ne correspondaient pas à l'objectif de l'ordonnance.

Le fait que le diététiste professionnel n'ait pas collaboré avec les autres membres du personnel concernant les changements apportés aux soins de la personne résidente a fait courir à cette dernière un risque de préjudice. En conséquence, la personne résidente a subi un événement avec un décès inattendu.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente, séquences vidéo et entretiens avec les PSSP, l'IAA, le diététiste professionnel, le gestionnaire de la nutrition, le chef régional et le directeur des soins.

4. Le titulaire permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente ne fasse pas l'objet de surveillance négligée pendant le service des repas.

Justification et résumé

Un rapport d'incident critique a été soumis au ministère des Soins de longue durée au sujet d'une personne résidente qui a vécu un incident avec un décès inattendu.

Le programme de soins écrit de la personne résidente indiquait des interventions spécifiques pour la personne résidente en raison de son diagnostic médical. Ces mesures de soutien ont également été consignées dans un autre dossier clinique.

L'examen des séquences vidéo a permis de constater qu'il n'y avait pas de personnel dans l'aire immédiate pour assurer la supervision d'une personne résidente lors d'un incident. Il a également été observé qu'un membre 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, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

autorisé et une PSSP se trouvaient à l'aire avant de la section accessible aux personnes résidentes en particulier, où leur vue était obstruée par la cloison.

Au cours d'un entretien, la PSSP a indiqué qu'elle s'occupait d'autres personnes résidentes au moment de l'incident et qu'elle n'était pas présente dans l'aire en question. L'IAA a indiqué qu'elle était venue aider la personne résidente lorsque la PSSP a appelé à l'aide. Le directeur des soins a confirmé qu'aucun membre du personnel n'était présent près de la personne résidente lorsqu'elle a vécu l'événement.

Il y a eu une incidence modérée sur la sécurité et le bien-être d'une personne résidente lorsqu'elle n'a pas fait l'objet d'une surveillance dans la section accessible aux personnes résidentes spécifiée à une date précise lorsqu'elle a vécu un incident. Le foyer de soins de longue durée a connu plusieurs incidents de même nature dans la même section accessible aux personnes résidentes spécifiée au cours d'une période de 35 jours.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente, séquences vidéo et entretiens avec une PSSP, l'IAA et le directeur adjoint des soins.

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

15 novembre 2024

Cet ordre de conformité est également considéré comme un avis écrit et est renvoyé au directeur pour qu'il prenne les mesures nécessaires.

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

AVIS DE PÉNALITÉ ADMINISTRATIVE (APA)

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à 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

Avis de pénalité administrative (APA) n° 002**Lié à l'ordre de conformité (OC) n° 002**

En vertu de l'article 158 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*, le titulaire de permis doit payer une pénalité administrative de 11 000,00 \$, 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 exigence qui a donné lieu à un ordre en vertu de l'article 155 de la Loi et que, au cours des trois années précédant immédiatement la date d'émission de l'ordre en vertu de l'article 155, le titulaire du permis ne s'est pas conformé à la même exigence.

Historique de la conformité

Un avis de pénalité administrative (APA) a été émis avec un ordre de conformité (hautement prioritaire) en vertu du paragraphe 24 (1) de la *LRS LD (2021)* le 19 décembre 2023, lors d'une inspection liée à un incident critique n° 2023_1378_0003 à la suite d'un ordre de conformité antérieur en vertu du paragraphe 19 (1) de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* le 8 juillet 2021, lors d'une inspection liée à un incident critique n° 2021_823653_0016.

Il s'agit du deuxième 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

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

a utilisé des fonds ne faisant pas partie de l'enveloppe pour les soins aux résidents afin de payer l'APA.

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 003 Service de restauration et de collation

Problème de conformité n° 009 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de la disposition 3 du paragraphe 79 (1) 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 :

3. La surveillance de tous les résidents durant les repas.

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

1. Le diététiste professionnel et une personne désignée par l'équipe de direction doivent identifier toutes les personnes résidentes de Via Roma présentant un risque élevé de s'étouffer et nécessitant une surveillance pendant les repas. Une fois cet examen terminé, le titulaire de permis doit créer une liste de personnes résidentes dont il a été déterminé qu'elles ont besoin d'une supervision supplémentaire, avec une note sur ce qu'est le besoin spécifique.

2. Le diététiste professionnel et une personne désignée par l'équipe de direction doivent offrir une formation unique en personne à tout le personnel d'activation (y compris le personnel de l'agence) sur les interventions du programme de soins des personnes résidentes identifiées et sur le logiciel Meal suite à mettre en œuvre pendant l'heure des repas. Cette liste doit ensuite être placée dans un endroit peu visible au poste de soins infirmiers et dans la salle à manger de Via Roma. Si une

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

personne résidente a des besoins différents en matière de texture ou de supervision, son nom sera ajouté à cette liste et le personnel sera mis au courant. La liste des personnes résidentes examinées, la liste des personnes résidentes identifiées comme nécessitant des mesures supplémentaires et les dates, heures, lieux et liste des participants à la formation seront conservées.

3. Le contenu de la formation et les registres de présence (contenant le nom complet du formateur, le nom complet du personnel et la date de la formation) doivent être documentés et mis à la disposition d'une inspectrice ou d'un inspecteur sur demande.

4. Le diététiste professionnel ou une personne désignée par l'équipe de direction devra effectuer au moins trois vérifications aléatoires à l'heure des repas chaque semaine pendant deux semaines dans chaque section accessible aux personnes résidentes, pour vérifier l'efficacité de la supervision, y compris le service des repas du déjeuner, du dîner et du souper pendant les jours de la semaine et les fins de semaine, jusqu'à ce que l'ordre de conformité soit respecté.

Motifs

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente soit surveillée pendant le service des repas.

Justification et résumé

Un rapport d'incident critique a été soumis au ministère des Soins de longue durée au sujet d'une personne résidente qui a vécu un incident à une date précise au cours d'une activité spécifiée.

Le programme de soins écrit d'une personne résidente indiquait qu'elle avait besoin d'interventions spécifiées. D'après les notes nutritionnelles du diététiste professionnel, la personne résidente avait besoin d'interventions spécifiées.

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

L'examen des séquences vidéo a permis de constater qu'il n'y avait pas de personnel dans l'aire immédiate pour apporter un soutien lorsque la personne résidente a vécu un incident. Il a également été observé qu'un membre du personnel autorisé et une PSSP se trouvaient à l'aire avant de la salle à manger, où leur vue était obstruée par la cloison.

Au cours d'un entretien, la PSSP a indiqué qu'elle s'occupait d'autres personnes résidentes au moment de l'incident et qu'elle n'était pas présente dans l'aire en question. L'IAA a indiqué qu'elle était venue aider la personne résidente lorsque la PSSP a appelé à l'aide. Le directeur des soins a confirmé qu'aucun membre du personnel n'était présent près de la personne résidente lorsqu'elle a vécu l'événement.

Il y a eu une incidence modérée sur la sécurité et le bien-être d'une personne résidente lorsque les interventions spécifiées n'ont pas été employées à une date précise. La personne résidente a connu un incident qui a nécessité un soutien médical supplémentaire.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente, séquences vidéo et entretiens avec les PSSP, l'IAA et le directeur adjoint des soins.

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente soit surveillée pendant le service des repas.

Justification et résumé

Un rapport d'incident critique a été soumis au ministère des Soins de longue durée au sujet d'une personne résidente qui a vécu un incident avec un décès inattendu.

Le programme de soins écrit de la personne résidente indiquait que cette dernière avait besoin d'interventions spécifiées pour une raison spécifiée.

D'après la séquence vidéo, c'est un aidant familial d'une autre personne résidente qui se trouvait à proximité d'une personne résidente qui a informé le personnel que

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

cette dernière était en train de vivre un incident. Il a en outre été observé qu'un membre du personnel autorisé et la PSSP se trouvaient dans l'aire avant de la salle à manger, où leur vue sur la personne résidente en train de s'étouffer était obstruée par la cloison.

Au cours d'un entretien, la PSSP a indiqué qu'elle s'occupait d'autres personnes résidentes au moment de l'incident et qu'elle n'était pas présente dans l'aire en question. L'IAA a indiqué qu'elle était venue aider la personne résidente lorsque la PSSP a appelé à l'aide. Le directeur des soins a confirmé qu'aucun membre du personnel n'était présent près de la personne résidente lorsqu'elle a vécu l'événement.

Il y a eu une gravité et un risque élevés pour la sécurité et le bien-être d'une personne résidente lorsque les interventions spécifiées n'ont pas été utilisées à une date précise. La personne résidente a vécu un incident avec un décès inattendu. Le foyer a connu plusieurs incidents de même nature dans la même section accessible aux personnes résidentes au cours d'une période de 35 jours.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente, séquences vidéo et entretiens avec la PSSP, l'IAA et le directeur des soins.

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

15 novembre 2024

**ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 004 Service de restauration et
de collation**

Problème de conformité n° 010 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de la disposition 8 du paragraphe 79 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Service de restauration et de collation

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 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 :

8. La fourniture aux résidents des aides à l'alimentation, des appareils fonctionnels, de l'aide personnelle et de l'encouragement nécessaires pour leur permettre de manger et de boire en toute sécurité de façon aussi confortable et autonome que possible.

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

1. Le diététiste professionnel et une personne désignée par l'équipe de direction devra identifier toutes les personnes résidentes présentant un risque élevé d'étouffement et ayant besoin de couverts et d'appareils fonctionnels au moment des repas dans la section accessible aux personnes résidentes de Via Roma.
2. Le diététiste professionnel et une personne désignée par l'équipe de direction doivent offrir une formation unique en personne à tout le personnel d'activation dans la section accessible aux personnes résidentes de Via Roma sur les interventions du programme de soins des personnes résidentes identifiées et sur le logiciel Meal suite à mettre en œuvre pendant l'heure des repas.
3. Le contenu de la formation et les registres de présence (contenant le nom complet du formateur, le nom complet du personnel et la date de la formation) doivent être documentés et mis à la disposition d'une inspectrice ou d'un inspecteur sur demande.
4. Effectuer des vérifications quotidiennes de tous les services de repas dans la section accessible aux personnes résidentes de Via Roma pendant deux semaines pour s'assurer que les personnes résidentes se voient servir les couverts et les appareils fonctionnels requis dans leur programme de soins, y compris Meal suite ou tout logiciel diététique utilisé.

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

5. Conserver un registre documenté des vérifications quotidiennes, y compris la date et l'heure des vérifications, par qui la vérification a été effectuée, et si les personnes résidentes ne se voient pas servir les aides adaptées adéquates, fournir une formation immédiate et documenter les mesures correctives.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente bénéficie des interventions spécifiées.

Justification et résumé

Un rapport d'incident critique a été soumis au ministère des Soins de longue durée au sujet d'une personne résidente qui a vécu un incident avec un décès inattendu.

Les dossiers écrits de la personne résidente indiquent des interventions spécifiées pour une raison spécifiée.

L'examen des séquences vidéo a permis de constater qu'un nombre limité d'interventions avaient été effectuées. Il a également été observé que les interventions semblaient avoir une incidence limitée. On a ensuite observé que la personne résidente s'était désengagée des interventions et qu'elle avait ensuite vécu un événement.

Au cours des entretiens avec le chef régional et le directeur des soins, il a été confirmé que le programme de soins n'avait pas été respecté.

L'incident critique a entraîné une gravité et un risque élevés puisque la personne résidente est décédée.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente, séquences vidéo et entretiens avec la PSSP, le gestionnaire de la nutrition, le chef régional et le directeur des soins.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

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

15 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

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.

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 du
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 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;

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

- 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

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.