

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**  
33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1J 7J2  
Téléphone : 844 231-5702

## Rapport public initial

<b>Date d'émission du rapport</b> : 23 octobre 2024	
<b>Numéro d'inspection</b> : 2024-1069-0004	
<b>Type d'inspection</b> : Plainte Suivi	
<b>Titulaire de permis</b> : 0760444 B.C. Ltd., société en commandite, par son commandité, Omni Health Care Limited	
<b>Foyer de soins de longue durée et ville</b> : Springdale Country Manor, Peterborough	
<b>Inspectrice principale/Inspecteur principal</b> L'inspecteur/l'inspectrice	<b>Signature numérique de l'inspectrice/Signature numérique de l'inspecteur</b>
<b>Autre(s) inspectrice(s) ou inspecteur(s)</b>	

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 3 au 6, 12, 13, 17 au 20 et 23 septembre 2024

L'inspection effectuée concernait :

- Plainte : n° 00107079 – concernant une plainte de négligence alléguée à l'égard d'une personne résidente.
- Plainte : n° 00109231 – suivi n° 1 – ordre de conformité n° 001 / 2024-1069-0001, disposition 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, PCI, échéance de mise en conformité au 12 avril 2024.
- Plainte : n° 00109232 – suivi n° 1 – ordre de conformité n° 002 / 2024-1069-0001, disposition 20 g) du Règl. de l'Ont. 246/22, Système de communication bilatérale, échéance de mise en conformité au 24 avril 2024.
- Plainte : n° 00117477 – suivi n° 1 – échéance de mise en conformité n° 004 / 2024-1069-0002, disposition 26 du Règl. de l'Ont. 246 22, Observations des instructions du fabricant, échéance de mise en conformité au 28 août 2024.
- Plainte : n° 00117478 – suivi n° 1 – ordre de conformité n° 001 / 2024-1069-0002, disposition 6 (1)

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**  
33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1J 7J2  
Téléphone : 844 231-5702

- Plainte : n° 00117480 – suivi n° 1 – échéance de mise en conformité n° 009 / 2024-1069-0002, disposition 79 (1) 5. du Règl. de l'Ont. 246/22, Service de restauration et de collation, échéance de mise en conformité au 31 juillet 2024.
- Plainte : n° 00117481 – suivi n° 1 – échéance de mise en conformité n° 008 / 2024-1069-0002, disposition 78 (6) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, Préparation alimentaire, échéance de mise en conformité au 31 juillet 2024.
- Plainte : n° 00117482 – suivi n° 1 – ordre de conformité n° 002 / 2024-1069-0002, disposition (8) de la LRSLD (2021), échéance de mise en conformité au 28 août 2024.
- Plainte : n° 00117483 – suivi n° 1 – ordre de conformité n° 006 / 2024-1069-0002, disposition 74 (2) a) du Règl. de l'Ont. 246/22, Programmes de soins alimentaires et d'hydratation, échéance de mise en conformité au 31 juillet 2024.
- Plainte : n° 00117484 – suivi n° 1 – échéance de mise en conformité n° 007 / 2024-1069-0002, disposition

## Ordres de conformité délivrés antérieurement

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

Ordre n° 002 découlant de l'inspection n° 2024-1069-0001 relative à la disposition 102 (2)

b) du Règl. de l'Ont. 246/22 réalisée par l'inspectrice ou l'inspecteur

Ordre n° 001 découlant de l'inspection n° 2024-1069-0001 relative à la disposition 20 g) du Règl. de l'Ont. 246/22, réalisée par l'inspectrice ou l'inspecteur

Ordre n° 001 découlant de l'inspection n° 2024-1069-0002 relative à la disposition 6 (1) de la LRSLD (2021) réalisée par l'inspectrice ou l'inspecteur

Ordre n° 005 découlant de l'inspection n° 2024-1069-0002 relative à la disposition 41 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22 réalisée par l'inspectrice ou l'inspecteur

Ordre n° 009 découlant de l'inspection n° 2024-1069-0002 relative à la disposition 79 (1) 5. du Règl. de l'Ont. 246/22 réalisée par l'inspectrice ou l'inspecteur

Ordre n° 008 découlant de l'inspection n° 2024-1069-0002 relative à la disposition 78 (6) b) du Règl. de l'Ont. 246/22 réalisée par l'inspectrice ou l'inspecteur

Ordre n° 006 découlant de l'inspection n° 2024-1069-0002 relative à la disposition 74 (2) a) du Règl. de l'Ont. 246/22 réalisée par l'inspectrice ou l'inspecteur

Ordre n° 007 découlant de l'inspection n° 2024-1069-0002 relative à la disposition 78 (3) b) du Règl. de l'Ont. 246/22 réalisée par l'inspectrice ou l'inspecteur

Ordre n° 010 découlant de l'inspection n° 2024-1069-0002 relative à la disposition 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22 réalisée par l'inspectrice ou l'inspecteur

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1J 7J2  
Téléphone : 844 231-5702

L'inspection n'a **PAS** permis d'établir la conformité à l'ordre ou aux ordres de conformité suivants délivrés antérieurement :

Ordre n° 004 découlant de l'inspection n° 2024-1069-0002 relative à la disposition 26 du Règl. De l'Ont. 246/22 réalisée par l'inspectrice ou l'inspecteur

Ordre n° 002 découlant de l'inspection n° 2024-1069-0002 relative à la disposition 6 (8) de la LRSLD (2021) réalisée par l'inspectrice ou l'inspecteur

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

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

Alimentation, nutrition et hydratation (Food, Nutrition and Hydration)

Foyer sûr et sécuritaire (Safe and Secure Home)

Prévention et contrôle des infections (Infection Prevention and Control)

Prévention des mauvais traitements et de la négligence (Prevention of Abuse and Neglect)

Gestion des contentions/appareils d'aide personnelle (Restraints/Personal Assistance Services

Devices (PASD) Management)

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### AVIS ÉCRIT : Intégration des évaluations aux soins

Problème de conformité n° 001 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

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

Programme de soins

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

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel et les autres personnes qui participent aux différents aspects des soins de la personne résidente collaborent ensemble à l'évaluation de la personne résidente de sorte que leurs évaluations s'intègrent les unes aux autres, soient compatibles les unes avec les autres et se complètent.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1J 7J2  
Téléphone : 844 231-5702

**Justification et résumé**

Une plainte a été soumise au directeur ou à la directrice concernant une allégation de négligence à l'égard d'une personne résidente. La plainte exprimait des préoccupations au sujet de la gestion des soins de la peau et de la douleur de la personne résidente.

Au cours d'un examen de dossier, un centre de soins de santé a fourni au foyer de soins de longue durée une ordonnance de médicaments analgésiques pour une personne résidente, ce qui comprenait une dose plus élevée d'un analgésique et une nouvelle ordonnance pour un autre analgésique. Cette ordonnance n'a pas été traitée pendant une semaine après la réception des ordonnances.

Une note d'évolution provenant du médecin a indiqué qu'il ou elle avait été la seule personne à avoir vu ces nouvelles ordonnances, même si elles avaient été rédigées une semaine plus tôt. L'infirmière autorisée ou l'infirmier autorisé responsable de la qualité a indiqué que lorsqu'une ordonnance externe est reçue pour une personne résidente, il est prévu d'envoyer l'ordonnance par télécopieur et de téléphoner au médecin pour traiter l'ordonnance et l'amorcer à l'interne. Une fois que l'ordonnance externe est approuvée par le médecin interne, la pharmacie distribue le médicament au foyer de soins de longue durée.

Le foyer de soins de longue durée n'a pas collaboré de façon opportune avec le médecin afin de gérer la douleur de la personne résidente.

Au cours d'un examen de dossier clinique, la personne résidente a subi un changement considérable. Les documents indiquaient que pendant deux jours, la personne résidente avait exprimé qu'elle éprouvait une douleur extrême. Un médicament au besoin (PRN) a été fourni sans suivi ni évaluation de son efficacité.

Le lendemain, le médecin a indiqué dans une note d'évolution que la personne résidente avait de la difficulté avec la gestion de la douleur. Il ou elle a augmenté le médicament contre la douleur de la personne résidente.

Il n'y avait pas d'indication de collaboration avec le médecin lorsque la personne résidente a exprimé qu'elle ne supportait plus la douleur deux jours auparavant, ce qui a affecté les activités quotidiennes et la consommation alimentaire de la personne résidente.

Des jours plus tard, une note d'évolution a indiqué que le centre de santé externe avait commencé un médicament par intraveineuse pour la personne résidente; l'indication de cette utilisation était des préoccupations au sujet d'une infection.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**  
33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1J 7J2  
Téléphone : 844 231-5702

Il n'y a pas eu de surveillance des symptômes d'infection entre d'un quart de travail à l'autre à ce moment-là.

Puis deux jours plus tard, les dossiers de la personne résidente indiquaient un changement de l'état de santé.

Il n'y avait aucune indication que le foyer ait collaboré avec le médecin, la personne résidente ou son ou sa mandataire spécial(e) avant le transfert à l'hôpital.

La directrice des soins infirmiers a indiqué qu'un médecin était disponible 24 heures sur 24.

Ne pas veiller à ce que la personne résidente reçoive une évaluation intégrée lorsque son état de santé a changé a mis la personne résidente à risque de traitement retardé.

**Sources :** Dossiers cliniques de la personne résidente, entretien avec le personnel (IARQ et directrice des soins infirmiers).

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

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

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

Programme de soins

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

**Justification et résumé**

Au cours de la visite initiale, plusieurs personnes résidentes ont été observées en train d'être transportées dans un appareil de mobilité sans repose-pieds. D'autres observations ont été faites de personnes résidentes inclinées dans leur appareil de mobilité sans repose-pieds.

L'assistant ou l'assistante en physiothérapie a indiqué que toutes les personnes résidentes ont des repose-pieds disponibles pour tous les appareils de mobilité et convenablement situés dans les chambres des personnes résidentes pour que le personnel les utilise. L'assistant ou l'assistante en physiothérapie a indiqué que les repose-pieds devaient être installés sur l'appareil de mobilité avant qu'un membre du personnel aide une personne résidente.

Le programme de soins d'une personne résidente indiquait qu'elle avait besoin un appareil de mobilité pour se déplacer, avec les repose-pieds en utilisation pendant le transport avec l'appareil de mobilité.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**  
33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1J 7J2  
Téléphone : 844 231-5702

Ne pas veiller à ce que le programme de soins de la personne résidente soit respecté a mis la sécurité de la personne résidente à risque.

**Sources :** Dossiers cliniques de la personne résidente, observations, entretien avec le personnel (assistant ou assistante en physiothérapie).

### **AVIS ÉCRIT : La révision est requise lors de la réévaluation**

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

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

Programme de soins

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

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

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

#### **Justification et résumé**

Au cours de l'examen de dossier de suivi de l'ordre de conformité n° 001 découlant de l'inspection 2024-1069-0002, l'inspectrice ou l'inspecteur a réexaminé le programme de soins de la personne résidente.

Le programme de soins de la personne résidente indiquait que celle-ci avait besoin d'utiliser une aide à la mobilité pour tous ses besoins en matière de déplacement relativement à un trouble cognitif et à une mobilité réduite.

Le personnel devait s'assurer que l'aide à la mobilité était disponible en tout temps et en bon état de fonctionnement. La personne résidente avait besoin de l'aide du personnel pour l'aide à la mobilité. Le personnel était au courant que la personne résidente refusait que le personnel l'aide à préparer l'aide à la mobilité, par conséquent, afin d'aider avec l'aide à la mobilité, le personnel doit incliner l'aide à la mobilité pour s'assurer que les pieds de la personne résidente ne touchent pas au sol, et une fois à destination, la position inclinée doit être inversée afin de remettre la personne résidente en position droite. Si l'aide à la mobilité n'est pas inclinée pendant que le personnel essaie de l'aider, les pieds de la personne résidente traînent sur le sol, causant une possible blessure.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1J 7J2  
Téléphone : 844 231-5702

Lorsque l'inspectrice ou l'inspecteur a demandé des renseignements supplémentaires relativement à l'inclinaison de l'aide à la mobilité, le coordonnateur ou la coordonnatrice de l'instrument d'évaluation des personnes résidentes et des soins cliniques (RAI-CCC) a indiqué que la personne résidente n'utilisait plus l'inclinaison pendant les déplacements et que les repose-pieds étaient utilisés. Il ou elle a confirmé que le programme de soins n'avait pas été mis à jour.

Le programme de soins a été réexaminé après la conversation.

Il n'y avait pas d'indication claire quant au moment où le programme de soins a été modifié. Toutefois, une évaluation de physiothérapie indiquait l'utilisation des repose-pieds pendant les déplacements. La directrice des soins infirmiers a indiqué que le service de physiothérapie n'avait pas été inclus dans l'évaluation initiale de la personne résidente. Le ou la physiothérapeute a indiqué que la personne résidente n'aime pas être inclinée dans son aide à la mobilité parce que cela crée de la pression dans sa poitrine. Il ou elle a indiqué que les membres du personnel peuvent parfois avoir besoin d'approcher de nouveau la personne résidente pour installer le repose-pieds, mais qu'ils réussissent souvent.

Ne pas veiller à ce que le programme de soins de la personne résidente soit réexaminé lorsque les besoins de la personne résidente ont évolué a mis la personne résidente et le personnel à risque de soins inadéquats.

**Sources** : Dossiers cliniques de la personne résidente, entretien avec le personnel (coordonnateur ou coordonnatrice de l'instrument d'évaluation des personnes résidentes/soins cliniques, directrice des soins infirmiers et physiothérapeute).

### **AVIS ÉCRIT : Utilisation d'un appareil d'aide personnelle**

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

**Non-respect de : la disposition 36 (5) de la LRSLD (2021).**

Appareil d'aide personnelle restreignant ou empêchant la liberté de mouvement

Par. 36 (5) Si un appareil d'aide personnelle est utilisé en application du paragraphe (3), le titulaire de permis veille à ce qu'il le soit conformément aux exigences que prévoient les règlements.

Le titulaire de permis ne s'est pas assuré, si appareil d'aide personnelle est utilisé, qu'il le soit conformément aux exigences que prévoient les règlements.

« Appareil d'aide personnelle » désigne un appareil qui est utilisé pour aider une personne avec une activité de la vie quotidienne.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1J 7J2  
Téléphone : 844 231-5702

**Justification et résumé**

Au cours d'un examen de dossier, le programme de soins d'une personne résidente indiquait que celle-ci avait besoin de l'utilisation d'une aide à la mobilité à inclinaison pour soutenir ses déplacements. Le programme de soins indiquait que la personne résidente avait besoin d'utiliser une aide à la mobilité pour tous ses besoins en matière de déplacement relativement à un trouble cognitif et à une mobilité réduite. Le personnel devait s'assurer que l'aide à la mobilité était disponible en tout temps et en bon état de fonctionnement. La personne résidente avait besoin de l'aide du personnel pour l'aide à la mobilité. Le personnel était au courant que la personne résidente refusait d'autoriser le personnel à préparer l'aide à la mobilité, par conséquent, afin d'aider avec l'aide à la mobilité et de la pousser jusqu'aux repas, aux activités, etc., le personnel devait incliner l'aide à la mobilité pour s'assurer que les pieds de la personne résidente ne touchent pas au sol, et une fois à destination, la position inclinée devait être inversée afin de remettre la personne résidente en position droite. Si elle n'est pas inclinée pendant que le personnel essaie d'aider la personne résidente, ses pieds traînent sur le sol et causent une possible blessure.

L'inspectrice ou l'inspecteur a demandé l'évaluation sur l'appareil d'aide personnelle, l'ordonnance de l'appareil d'aide personnelle et le consentement de l'utilisation. La directrice des soins infirmiers a indiqué qu'elle n'avait pas rempli les documents de suivi, parce qu'elle ne considérait pas l'utilisation de l'aide à la mobilité à inclinaison comme un appareil d'aide personnelle. Au cours d'un entretien avec le ou la physiothérapeute, il ou elle a indiqué qu'un appareil d'aide personnelle est un appareil utilisé pour aider une personne avec une activité de la vie quotidienne. Il ou a confirmé qu'un fauteuil à inclinaison pour un déplacement sécuritaire serait considéré comme un appareil d'aide personnelle.

Une évaluation de physiothérapie indiquait que le personnel devait utiliser les repose-pieds pendant les déplacements. Le ou la physiothérapeute a indiqué que la personne résidente n'aimait pas être inclinée dans son fauteuil roulant parce que cela créait de la pression dans sa poitrine. Il ou elle a indiqué que la personne résidente refusait parfois l'installation des repose-pieds, mais que les membres du personnel l'approchent à nouveau et réussissent souvent.

La directrice des soins infirmiers a indiqué que le service de physiothérapie n'avait pas été inclus dans la discussion initiale sur l'utilisation par la personne résidente d'une aide à la mobilité à inclinaison pendant ses déplacements.

Ne pas utiliser un appareil d'aide personnelle conformément aux exigences que prévoit le règlement a mis à risque la sécurité de la personne résidente.

**Sources** : Dossiers cliniques de la personne résidente, entretien avec le personnel (directrice des soins infirmiers et physiothérapeute).

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**  
33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1J 7J2  
Téléphone : 844 231-5702

## **AVIS ÉCRIT : Conditions du permis**

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

### **Non-respect de : la disposition 104 (4) de la *LRSLD* (2021).**

Conditions du permis

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

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la condition n° 2 de l'ordre de conformité n° 002 découlant de l'inspection 2024-1069-0002, délivré le 29 2024, avec une échéance de mise en conformité au 28 août 2024. Plus précisément,

2. Tous les membres du personnel de soins direct doivent être formés sur la manière d'accéder au programme de soins d'une personne résidente dans Point Click Care. Cette formation doit être consignée et doit comprendre le nom des membres du personnel formés, les dates de formation et la personne qui a fourni la formation. Le dossier consigné doit être conservé et remis immédiatement à l'inspectrice ou l'inspecteur qui en fait la demande.

### **Justification et résumé**

Au moment de l'inspection, après avoir passé en revue les preuves fournies par le foyer, il a été déterminé que pour la condition n° 2 de l'ordre de conformité n° 002, les preuves étaient insuffisantes pour déterminer la conformité.

La directrice des soins infirmiers a confirmé que le personnel des soins directs inclut les personnes préposées aux services de soutien personnel ainsi que les infirmières et infirmiers, et que ce personnel comprenait le personnel d'agence ou sous contrat.

Des signatures comprenant la date à laquelle le personnel a été formé ont été obtenues. Lorsque l'inspectrice ou l'inspecteur a comparé l'horaire du service de soins infirmiers à la période de formation, il s'est avéré que plusieurs membres du personnel d'agence n'avaient pas reçu la formation.

Ne pas fournir à tous les membres du personnel de soins direct la formation sur la manière d'accéder au programme de soins des personnes résidentes a mis les personnes résidentes à risque que le personnel ne réponde pas aux besoins en matière de soins des personnes résidentes.

**Sources :** Documents de preuve du titulaire de permis pour l'ordre de conformité n° 002, entretien avec le personnel (directrice des soins infirmiers).

**Un avis de pénalité administrative est délivré dans le cadre du présent avis écrit d'APA n° 001.**

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**  
33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1J 7J2  
Téléphone : 844 231-5702

## AVIS DE PÉNALITÉ ADMINISTRATIVE (APA)

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *LRSLD* (2021). **Avis de pénalité administrative (APA) n° 001 Lié à l'ordre de conformité (problème de conformité) n° 005**

En vertu de l'article 158 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*, le titulaire de permis doit payer une pénalité administrative de 1 100,00 \$, à verser dans les 30 jours suivant la date de la facture.

Conformément aux paragraphes 349(6) et 7) du Règlement de l'Ontario 246/22, la pénalité administrative est infligée pour les raisons suivantes :

Le titulaire de permis n'a pas respecté un ordre en vertu de l'article 155 de la Loi.

### Historique de la conformité :

Il n'y avait pas d'antécédent de problème de conformité lié à la disposition 104 (4) de la *LRSLD* (2021) remis pour l'ordre de conformité n° 002 découlant du rapport d'inspection n° 2024-1069-0002 datant du 29 mai 2024.

Il s'agit de la première fois qu'un APA est délivré au titulaire de permis en raison du non-respect de l'exigence en question.

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

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

## AVIS ÉCRIT : Conditions du permis

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

**Non-respect de : la disposition 104 (4) de la *LRSLD* (2021).**

Conditions du permis

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

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la condition n° 2 de l'ordre de conformité n° 004 découlant de l'inspection n° 2024-1069-0002, remis le 29 mai 2024, avec une échéance de mise en conformité au 28 août 2024. Plus précisément,

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1J 7J2  
Téléphone : 844 231-5702

2. Tous les membres du personnel infirmier autorisé, y compris le personnel d'agence, doivent recevoir une formation relative au système de bandage compressif utilisé dans le foyer de soins de longue durée. La formation doit comprendre la raison de l'utilisation, l'application, la surveillance et les risques impliqués avec l'utilisation du système de bandage compressif. La formation doit être consignée et doit comprendre la date, le nom et le rôle des membres du personnel, le nom et le rôle des formateurs ou formatrices. Les documents doivent être conservés et remis immédiatement à l'inspectrice ou l'inspecteur qui en fait la demande.

**Justification et résumé**

Au moment de l'inspection, après avoir passé en revue les preuves fournies par le foyer, il a été déterminé que pour la condition n° 2 de l'ordre de conformité n° 004 les preuves étaient insuffisantes pour déterminer la conformité.

Des signatures comprenant la date à laquelle le personnel a été formé ont été obtenues. Lorsque l'inspectrice ou l'inspecteur a comparé l'horaire du service de soins infirmiers à la période de formation, il s'est avéré que plusieurs membres du personnel d'agence n'avaient pas reçu la formation.

Ne pas fournir à tous les membres du personnel de soins direct la formation sur la manière d'accéder au programme de soins des personnes résidentes a mis les personnes résidentes à risque que le personnel ne réponde pas aux besoins en matière de soins des personnes résidentes.

**Sources :** Documents de preuve du titulaire de permis pour l'ordre de conformité n° 004, horaire du personnel, entretien avec le personnel (directrice des soins infirmiers).

**Un avis de pénalité administrative est délivré dans le cadre du présent avis écrit d'APA n° 002.**

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**  
33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1J 7J2  
Téléphone : 844 231-5702

## AVIS DE PÉNALITÉ ADMINISTRATIVE (APA)

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

### Avis de pénalité administrative (APA) n° 002 Lié à l'ordre de conformité (problème de conformité) n° 006

En vertu de l'article 158 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*, le titulaire de permis doit payer une pénalité administrative de 1 100,00 \$, à verser dans les 30 jours suivant la date de la facture.

Conformément aux paragraphes 349(6) et 7) du Règlement de l'Ontario 246/22, la pénalité administrative est infligée pour les raisons suivantes :

Le titulaire de permis n'a pas respecté un ordre en vertu de l'article 155 de la Loi.

#### Historique de la conformité :

Il s'agit de la première fois qu'un APA est délivré au titulaire de permis en raison du non-respect de l'exigence en question.

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

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

## AVIS ÉCRIT : Observation des instructions du fabricant

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

### Non-respect de : la disposition 26 du Règl. de l'Ont. 246/22

Observation des instructions du fabricant

Par. 26. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le personnel utilise l'ensemble de l'équipement, des fournitures, des appareils, des accessoires fonctionnels et des aides pour changer de position du foyer conformément aux instructions du fabricant.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel utilise des harnais pour les appareils de levage du foyer conformément aux instructions du fabricant.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**  
33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1J 7J2  
Téléphone : 844 231-5702

**Justification et résumé**

Au cours des observations, plusieurs personnes résidentes ont été observées assises dans la toile d'un appareil de levage alors qu'elles se trouvaient dans leur fauteuil roulant.

Le coordonnateur ou la coordonnatrice de l'instrument d'évaluation des personnes résidentes et des soins cliniques (RAI-CCC) a indiqué que le foyer utilise des harnais Handicare et Arjo. Il ou elle a indiqué ne pas être au courant d'évaluation ou de soins supplémentaires fournis aux personnes assises dans un harnais. Le ou la physiothérapeute a indiqué qu'une personne résidente ne devrait pas être assise dans un harnais, sauf si le programme de soins le précise, Il ou elle a indiqué que le harnais peut compromettre les coussins du fauteuil roulant, créer de l'inconfort et engendrer une altération de l'intégrité épidermique.

Les instructions du fabricant Handicare mentionnent : « CE HARNAIS N'EST PAS CONÇU POUR ÊTRE LAISSÉ SOUS LE CLIENT. Le harnais Dual Access Sling est offert uniquement en polyester. La décision de laisser un harnais en place doit être fondée sur un solide raisonnement clinique et la justification devrait être documentée. Un professionnel formé devrait toujours réaliser une évaluation des risques. » [traduction] Les instructions du fabricant Arjo donnent un avertissement qui affirme : « Les patients assis dans un fauteuil ont un risque accru de développer des lésions de pression en raison de l'interface de pression élevée concentrée sur une petite surface, comparativement à une personne alitée. Une évaluation personnalisée globale et de la peau du patient devrait être entreprise avant de décider si un harnais devrait être laissé sous un patient pour toute durée. » [traduction]

Huit personnes résidentes ont été observées assises dans un harnais. Leurs programmes de soins ont été passés en revue. Les programmes de soins des personnes résidentes n'indiquaient pas au personnel de laisser le harnais sous la personne résidente ni pourquoi, il n'y avait pas de surveillance accrue de la peau, ni d'indication d'une évaluation globale réalisée, comme indiqué dans les avertissements des fabricants.

Le ou la RAI-CCC a indiqué que certains harnais sont laissés sous les personnes résidentes, car il est difficile de retirer le harnais de la personne résidente ou parce que les personnes résidentes sont trop lourdes, mais les harnais devraient être retirés pour les empêcher de se détériorer.

Ne pas veiller à ce que le personnel respecte les instructions des fabricants de harnais pour les personnes résidentes a mis les personnes résidentes à risque de préjudice concernant l'altération de l'intégrité épidermique, l'efficacité compromise de l'équipement et l'inconfort de la personne résidente.

**Sources** : Observations de personnes résidentes et examen des dossiers cliniques, instructions des fabricants, entretien avec le personnel (RAI-CCC et physiothérapeute).

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

District du Centre-Est  
33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1J 7J2  
Téléphone : 844 231-5702

## AVIS ÉCRIT : Bain

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

### Non-respect de : la disposition 37 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

#### Bain

Par. 37 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque résident du foyer prenne un bain au moins deux fois par semaine en utilisant la méthode de son choix ou plus souvent compte tenu de ses besoins en matière d'hygiène, sauf si la chose est contre-indiquée en raison d'un état pathologique.

Le titulaire de permis ne s'est pas assuré qu'une personne résidente prenne un bain au moins deux fois par semaine en utilisant la méthode de choix ou plus souvent compte tenu de ses besoins en matière d'hygiène.

#### Justification et résumé

Une plainte a été soumise au directeur ou à la directrice concernant de la négligence à l'égard d'une personne résidente, y compris pour la gestion des soins de la peau et des plaies.

La politique du foyer de soins de longue durée sur les soins préventifs de la peau indiquait de prévoir deux bains par semaine. L'infirmière autorisée ou l'infirmier autorisé responsable de la qualité (IARQ-responsable des soins des plaies) a confirmé que le personnel devait fournir aux personnes résidentes un minimum de deux bains par semaine. L'IARQ a confirmé qu'elle ou il devait consigner les bains effectués dans les dossiers électroniques.

L'IARQ a indiqué qu'une personne résidente avait reçu une toilette au lit, conformément à la directive « Healthy Living, Healthy Skin » [mode de vie sain, peau saine] indiquant d'éviter de submerger les plaies dans l'eau.

Un examen sur trois mois du formulaire de surveillance de schéma de la personne résidente a indiqué que la personne résidente n'avait reçu que 11 bains. Il n'y avait pas d'indication selon laquelle la personne résidente avait refusé des soins.

Ne pas s'assurer qu'une personne résidente reçoive un bain au moins deux fois par semaine a mis le bien-être de la personne résidente à risque, y compris pour la prévention et le maintien de son intégrité épidermique.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1J 7J2  
Téléphone : 844 231-5702

**Sources :** Dossiers cliniques de la personne résidente, politique d'Omni intitulée « Preventative skin care » [soins préventifs de la peau] et entretien avec le personnel (IARQ-responsable des soins des plaies).

### **AVIS ÉCRIT : Gestion des soins de la peau et des plaies**

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

**Non-respect de : la disposition 55 (2) a) (ii) de Règl. de l'Ont. 246/22**

Soins de la peau et des plaies

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

- (a) le résident dont l'intégrité épidermique risque d'être altérée se fait évaluer la peau par un membre du personnel infirmier autorisé :
- (ii) dès son retour de l'hôpital, le cas échéant.

Le titulaire de permis ne s'est pas assuré qu'une personne résidente dont l'intégrité épidermique risquait d'être altérée se fasse évaluer la peau dès son retour de l'hôpital.

#### **Justification et résumé**

Une plainte a été soumise au directeur ou à la directrice concernant la gestion des soins de la peau et des plaies d'une personne résidente. La personne résidente a emménagé dans le foyer de soins de longue durée et un outil de documentation de la peau indiquait sept zones d'intégrité épidermique altérée.

Pendant que la personne résidente demeurait dans le foyer de soins de longue durée, elle a été envoyée à l'hôpital par ambulance. À son retour au foyer, la personne résidente ne s'est pas fait évaluer la peau.

La ou le responsable des soins des plaies a confirmé qu'une évaluation de la peau ou une observation de la tête aux pieds devait être remplie au retour de l'hôpital.

Ne pas veiller à ce qu'une évaluation de la peau soit réalisée lorsque la personne résidente est revenue de l'hôpital a mis la personne résidente à risque d'une nouvelle altération non identifiée de l'intégrité épidermique.

**Sources :** Dossiers cliniques d'une personne résidente, entretien avec le personnel (IARQ-responsable des soins des plaies).

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1J 7J2  
Téléphone : 844 231-5702

## AVIS ÉCRIT : Service de restauration et de collation

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

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

Service de restauration et de collation

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

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

Le titulaire de permis ne s'est pas assuré que la nourriture et des liquides soient servis à une température sûre et appétissante pour les personnes résidentes.

### Justification et résumé

Un examen de dossier des documents de formation a eu lieu concernant l'ordre de conformité n° 006 découlant de l'inspection 2024-1069-0002. Le formulaire de rétroaction et questions sur la formation rempli par le personnel a été remis à l'inspectrice ou l'inspecteur. L'information indiquait que pour éviter la perte des thermomètres et le livre des températures, toutes les températures doivent être mesurées et consignées dans la cuisine principale. Cette directive s'adressait au personnel du service alimentaire avant d'emmenner la table chaude dans la salle à manger Country Cafe en vue du service.

Les « Best practices for Nutrition, food service and dining in long-term care home » [pratiques exemplaires en matière de nutrition, de service alimentaire et de restauration pour les foyers de soins de longue durée] indiquent : « Mesurer les températures des aliments et des boissons, autant chauds que froids, au lieu de service. » [traduction] La politique du titulaire de permis indique que la température doit être mesurée et consignée immédiatement avant le service, pour s'assurer que les éléments alimentaires sont maintenus hors de la zone des températures dangereuses.

Au cours d'un entretien, le directeur ou la directrice des soins nutritionnels (DSN) a confirmé que la pratique actuelle était d'obtenir les températures dans la cuisine principale avant que les tables à vapeur soient emmenées au Country Cafe pour le service.

Ne pas s'assurer que les températures soient mesurées et consignées pour les aliments et les boissons, autant chauds que froids, a mis les personnes résidentes à risque que les repas soient servis à des températures dangereuses et non appétissantes.

**Sources :** Temperature Danger Zone Corrective Actions [mesures correctives pour la zone des températures dangereuses], Best practices for Nutrition, food service and dining in long-term care home [pratiques exemplaires en matière de nutrition, de service alimentaire et de restauration pour les foyers de soins de longue durée] (un document de travail de l'Ontario LTC Action Group, 2019), et entretien avec le personnel (directeur ou directrice des soins alimentaires).

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1J 7J2  
Téléphone : 844 231-5702

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

Problème de conformité n° 011 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD (2021)*.

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

Programme de prévention et de contrôle des infections

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

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

Le titulaire du permis n'a pas veillé au respect des normes ou des protocoles que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections.

Conformément à la Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée, révisée en septembre 2023, à l'article 2.12, le titulaire de permis, lorsqu'il détermine s'il doit appliquer le principe de précaution, tient compte des recommandations, notamment de celles formulées par un groupe scientifique provincial et par le médecin hygiéniste en chef nommé en vertu de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*, s'il y a lieu.

### **Justification et résumé**

Au cours du premier jour d'inspection, une personne résidente a été observée marchant dans le couloir tout en poussant son fauteuil roulant. La personne résidente a exprimé la préoccupation selon laquelle on lui a dit qu'elle devait être mise en isolement et porter un masque parce son compagnon ou sa compagne de chambre était malade.

Au cours de la conversation, aucun membre du personnel n'a été observé en train de rediriger la personne résidente vers sa chambre.

Lors des observations des repas, la personne résidente a été observée sans masque à l'entrée de la salle à manger, alors que les personnes résidentes et les membres du personnel y entraient. La personne résidente a de nouveau exprimé ses préoccupations parce qu'elle était isolée et devait manger ses repas seule dans la salle à manger Davis. Un masque était suspendu à l'appareil de mobilité de la personne résidente.

Les membres du personnel, y compris l'infirmière autorisée ou l'infirmier autorisé responsable de la qualité, le responsable de la PCI, les personnes préposées aux services de soutien personnel et des étudiants, ont marché près de la personne résidente sans la rediriger vers sa chambre ni l'encourager à utiliser le masque.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1J 7J2  
Téléphone : 844 231-5702

Une personne préposée aux services de soutien personnel a éventuellement été observée en train d'encourager la personne résidente à porter son masque pendant qu'elle passait à côté d'elle. La personne résidente a utilisé le masque qui était suspendu à son appareil pour la mobilité.

Le responsable de la PCI a indiqué que la personne résidente devait être soumise aux précautions d'isolement. Il a indiqué que c'était la règle du gouvernement, mais il a été incapable de montrer d'où venait la directive lors de l'entretien. Après l'entretien, le responsable de la PCI a fourni à l'inspectrice ou l'inspecteur le document de la Santé publique de Peterborough : Respiratory Outbreak control Measures [mesures de contrôle pour les éclosions de virus respiratoires]. À la page 3 de 5, on indiquait ce qui suit : « Les compagnons de chambres des cas confirmés de COVID-19 : doivent être isolés selon les précautions contre les transmissions par gouttelettes et contact pendant au moins 5 jours.

Les précautions contre les transmissions par gouttelettes et contact peuvent prendre fin si le compagnon ou la compagne de chambre demeure asymptomatique. REMARQUE : si la COVID-19 est exclue pour l'individu symptomatique, les compagnons de chambre n'ont plus besoin d'être isolés tant qu'ils demeurent asymptomatiques. » [traduction]

Les symptômes du compagnon ou de la compagne de chambre de la personne résidente ont été identifiés le jour précédent. Les résultats des tests ont confirmé que le compagnon ou la compagne de chambre de la personne résidente était négatif ou négative pour la COVID-19 deux jours après l'observation.

Ne pas respecter le document de la santé publique de Peterborough : Respiratory Outbreak resident control measures [mesures de contrôle pour les éclosions de virus respiratoires chez les résidents] pour la personne résidente a mis les autres personnes résidentes à risque d'être exposées à une maladie infectieuse inconnue.

**Sources :** Observations, entretien avec le personnel (responsable de PCI), santé publique de Peterborough : Respiratory Outbreak Control Measures [mesures de contrôle des éclosions de virus respiratoires], mai 2024.

## **ORDRE DE CONFORMITÉ n° 001 – Obligation de protéger**

Problème de conformité n° 012 – ordre de conformité aux termes de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021).

**Non-respect de : la disposition 24 (1) de la LRSLD (2021).**

Obligation de protéger

Par. 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 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.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1J 7J2  
Téléphone : 844 231-5702

**L'inspecteur ou l'inspectrice ordonne au titulaire de permis de respecter un ordre de conformité [al. 155(1)a) de la LRSLD (2021)] :**

Plus précisément, le titulaire de permis doit :

1. La directrice des soins infirmiers élaborera et mettra en œuvre une marche à suivre pour identifier les personnes résidentes qui subissent un important changement de leur état de santé et les mesures à prendre lorsqu'un important changement de l'état de santé est décelé.
2. La directrice des soins infirmiers ou une personne désignée de la direction des soins infirmiers fournira une formation à tous les membres du personnel de soins infirmiers, y compris le personnel d'agence, sur la manière d'identifier un important changement chez une personne résidente ainsi que le moment où contacter le médecin concernant le changement de l'état de santé d'une personne résidente et à quel endroit consigner le moment où le médecin a été contacté ainsi que la réponse du médecin une fois qu'il ou elle a été contacté.

**Motifs**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente ne soit pas négligée.

La définition qui suit s'applique dans le cadre de la Loi et du présent règlement.

« négligence » S'entend du défaut de fournir à un résident les traitements, les soins, les services ou l'aide nécessaires à sa santé, à sa sécurité ou à son bien-être. S'entend en outre d'une inaction ou d'une tendance à l'inaction qui compromet la santé, la sécurité ou le bien-être d'un ou de plusieurs résidents.

**Justification et résumé**

Une plainte a été soumise au directeur ou à la directrice concernant une allégation de négligence à l'égard d'une personne résidente. La plainte soulevait des préoccupations concernant la gestion des soins de la peau et des plaies de la personne résidente.

Lorsque la personne résidente a emménagé dans le foyer de soins de longue durée, un outil de documentation de la peau qui a été rempli n'indiquait pas d'emplacement d'altération de l'intégrité épidermique. Trois jours plus tard, un outil de documentation de la peau a été rempli et identifiait plusieurs emplacements d'altération de l'intégrité épidermique.

Le ou la responsable des soins des plaies a indiqué avoir évalué l'un des emplacements relevés. Toutefois, il n'y avait aucune indication selon laquelle l'altération de l'intégrité épidermique avait été réévaluée une fois par semaine, il n'y avait pas d'autre évaluation ni de réévaluation hebdomadaire remplies pour les autres emplacements d'altération de l'intégrité épidermique mentionnés.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1J 7J2  
Téléphone : 844 231-5702

La politique Skin Care and Pressure Injury Management [gestion des soins de la peau et des lésions de pression] du titulaire de permis indiquait que chaque personne résidente aura une évaluation de la peau et un programme de traitement pour le maintien de l'intégrité épidermique et la gestion des plaies, si requis. La politique indiquait qu'à cette fin, la gestion des soins de la peau et des plaies devait identifier les personnes à risque de déchirure de la peau, promouvoir le confort et la mobilité, réduire ou soulager la pression et maintenir l'intégrité épidermique, fournir les interventions appropriées pour gérer les lésions de pression et minimiser les infections, surveiller et évaluer les résultats de la personne résidente selon les exigences hebdomadaires énumérées dans la politique.

Il n'y avait pas d'indication selon laquelle la personne résidente avait reçu les évaluations de la peau indiquées ou un traitement immédiat et des interventions.

Un mois plus tard, une note d'évolution indiquait que la personne résidente avait relevé deux endroits d'altération de l'intégrité épidermique qui présentaient des signes de détérioration. La note d'évolution indiquait que la personne résidente serait évaluée pour obtenir un matelas afin d'éliminer la pression.

La politique du titulaire de permis intitulée « preventive skin care » [soins préventifs de la peau] indique au personnel d'utiliser un matelas spécialisé approprié ou un revêtement pour les personnes résidentes à risque très élevé avec l'échelle de Braden à moins de neuf ou qui présentent des facteurs de risques supplémentaires, de la douleur incontrôlée ou de la douleur intense exacerbée par le changement de position.

L'infirmière ou l'infirmier des soins des plaies a indiqué que les matelas thérapeutiques de soulagement de la pression ne sont pas toujours disponibles dans le foyer.

Au cours d'un entretien, la directrice des soins infirmiers a indiqué que le foyer disposait de matelas spécialisés disponibles dans le foyer ou dans un conteneur d'entreposage. Lorsque l'inspectrice ou l'inspecteur a demandé d'observer le matelas pour soulager la pression disponible dans le foyer au moment de l'inspection, aucun matelas spécialisé fonctionnel n'était utilisé ou disponible.

La personne résidente se plaignait également continuellement de douleur non gérée.

Une ordonnance a été reçue d'un centre de soins de santé pour commander les analgésiques de la personne résidente. Cette ordonnance n'a pas été traitée pendant une semaine après que le foyer de soins de longue durée l'ait reçue. Une note d'évolution du médecin indiquait que les ordonnances n'avaient été vues que par le médecin afin de les examiner, même si elles avaient été rédigées une semaine plus tôt.

Une note d'évolution indiquait que la personne résidente s'est plainte d'une douleur atroce lorsqu'elle est revenue d'un traitement externe. La personne résidente a affirmé : « Je ressens tellement de douleur chaque fois que je reviens de l'hôpital, je ne peux même plus bouger mon bras ou tenir quoi que ce soit

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**  
33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1J 7J2  
Téléphone : 844 231-5702

pour manger, je ne peux plus supporter la douleur. » [traduction] Un médicament contre la douleur a été fourni à la personne résidente sans indication de suivi.

Un autre jour, la personne résidente s'est levée pour le dîner, n'a mangé qu'une soupe avec le ou la diététiste qui la nourrissait. Elle a indiqué qu'elle ne tolérait plus la douleur et qu'elle avait besoin d'aller au lit. Dans la note d'évolution se trouvait la réponse affirmant : « 10 minutes à manger et elle a indiqué qu'elle ne pouvait plus. » [traduction] Le médicament contre la douleur a été donné à 11 heures comme médicament au besoin (PRN) alors que le dîner était prévu à midi.

Le lendemain, le médecin a indiqué dans une note d'évolution que la personne résidente avait de la difficulté avec la gestion de la douleur. Il ou elle a augmenté le médicament contre la douleur de la personne résidente.

Il n'y avait pas d'indication de collaboration avec le médecin lorsque la personne résidente a exprimé qu'elle était incapable de supporter la douleur pendant deux jours.

De plus, il y avait une note d'évolution qui indiquait qu'un centre de soins de santé externe avait commencé un antibiotique par intraveineuse pour la personne résidente. Il n'y avait pas de surveillance des symptômes d'infection entre d'un quart de travail à l'autre à ce moment-là.

Une note d'évolution indiquait que l'état de la personne résidente s'était détérioré. Le lendemain matin, les signes vitaux de la personne résidente étaient instables et elle a été décrite comme étant diaphorétique. Quatre heures plus tard, les signes vitaux de la personne résidente demeuraient instables et le 911 a été appelé.

Il n'y avait pas d'indication que le foyer ait collaboré avec le médecin, avec la personne résidente ou avec son ou sa mandataire spécial(e). La directrice des soins infirmiers a indiqué qu'un médecin était disponible 24 heures sur 24.

Ne pas fournir à la personne résidente les traitements, les soins ou les services requis et opportuns a mis en danger la santé, la sécurité ou le bien-être de la personne résidente.

**Sources :** Dossiers cliniques d'une personne résidente, Preventative Skin Care [soins préventifs de la peau], Skin Care and Pressure Injury Management [gestion des soins de la peau et des lésions de pression], et entretiens avec le personnel (directrice des soins infirmiers et IARQ-responsable des soins des plaies).

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 6 janvier 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<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1J 7J2  
Téléphone : 844 231-5702

## **ORDRE DE CONFORMITÉ N° 002 Soins de la peau et des plaies**

Problème de conformité n° 013 – ordre de conformité aux termes de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021).

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

Soins de la peau et des plaies

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

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

(i) se fait évaluer la peau par un membre du personnel infirmier autorisé, au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour l'évaluation de la peau et des plaies.

**L'inspecteur ou l'inspectrice ordonne au titulaire de permis de respecter un ordre de conformité [al. 155(1)a) de la LRSLD (2021)] :**

Plus précisément, le titulaire de permis doit :

1. La directrice des soins infirmiers ou un ou une spécialiste certifié(e) des soins de la peau et des plaies fournira une formation sur la gestion des soins de la peau et des plaies à toutes les infirmières autorisées et tous les infirmiers autorisés, y compris tous les membres du personnel d'agence.

a) La formation doit notamment comprendre l'exigence du moment où une personne résidente présente une altération de l'intégrité épidermique par une personne autorisée au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour l'évaluation de la peau et des plaies.

b) Conserver un dossier documenté sur la formation offerte, les participants à la formation, la date de fin de la formation, ainsi que le contenu de la formation et les documents fournis pour celle-ci.

c) Élaborer une vérification qui comprend toutes les exigences mentionnées à la disposition 55 du Règlement de l'Ontario 246/22 Soins de la peau et des plaies et dans la politique du titulaire de permis.

d) Une fois que la formation a été fournie, la ou le responsable des soins des plaies ou la personne désignée de la direction des soins infirmiers doit réaliser des vérifications pour toutes les observations d'altération de l'intégrité épidermique quotidiennement pendant au moins quatre (4) semaines, y compris les fériés et les fins de semaine. Conserver un dossier écrit des vérifications réalisées, y compris le nom de la personne qui réalise la vérification, le nom des membres du personnel faisant l'objet de la vérification, toute mesure corrective, la date de la vérification.

e) S'ils le demandent, mettre immédiatement ce dossier à la disposition des inspecteurs.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**  
33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1J 7J2  
Téléphone : 844 231-5702

**Motifs**

Le titulaire de permis n'a pas veillé, lorsqu'une personne résidente présentait une altération de l'intégrité épidermique, à ce qu'elle se fasse évaluer par une personne autorisée décrite au moyen d'un instrument d'évaluation approprié sur le plan clinique expressément conçu pour l'évaluation de la peau et des plaies.

**Justification et résumé**

Une plainte a été soumise au directeur ou à la directrice concernant une allégation de négligence à l'égard d'une personne résidente. Un outil de documentation de la peau a été rempli trois jours après l'emménagement au foyer de soins de longue durée. Il indiquait plusieurs emplacements d'altération de l'intégrité épidermique.

Il n'y avait pas d'évaluation appropriée sur le plan clinique remplie pour les emplacements mentionnés d'altération de l'intégrité épidermique autre qu'un emplacement identifié rempli par la ou le responsable des soins des plaies. Un mois plus tard, une évaluation de la peau appropriée sur le plan clinique a été remplie pour deux autres emplacements mentionnés qui indiquaient que les plaies s'aggravaient.

Une note d'évolution indiquait une altération de la peau sur sa main. Il n'y avait pas d'évaluation appropriée sur le plan clinique remplie.

Une note d'évolution indiquait une rougeur sur une zone identifiée et que de la crème avait été appliquée. Il n'y avait d'indication d'une évaluation appropriée sur le plan clinique remplie.

Une note d'évolution indiquait qu'un autre emplacement présentait une petite zone rougie et un pansement « opsite » avait été placé dessus. Il n'y avait d'indication d'une évaluation appropriée sur le plan clinique remplie.

L'infirmière autorisée ou l'infirmier autorisé responsable de la qualité (IARQ) a indiqué n'avoir rempli des évaluations que pour les plaies de pression et les ulcères veineux. Au cours d'un entretien, la ou le responsable de la qualité a confirmé qu'il n'y avait pas d'évaluation remplie pour les zones d'altération de la peau mentionnées.

La directrice des soins infirmiers a indiqué que toute altération de la peau nécessitait une évaluation des infirmières autorisées ou des infirmiers autorisés.

Ne pas veiller à ce que la personne résidente se fasse évaluer la peau par une personne autorisée au moyen d'une évaluation appropriée sur le plan clinique a mis la personne résidente à risque de ne pas recevoir le traitement et la surveillance requis.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**  
33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1J 7J2  
Téléphone : 844 231-5702

**Sources :** Dossiers cliniques d'une personne résidente, entretien avec le personnel (IARQ-responsables des soins des plaies et directrice des soins infirmiers).

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 6 janvier 2025.**

## **ORDRE DE CONFORMITÉ N° 003 Soins de la peau et des plaies**

Problème de conformité n° 014 – ordre de conformité aux termes de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021).

**Non-respect de : la disposition 55 (2) b) (ii) du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Soins de la peau et des plaies

Par. 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 :

(ii) reçoit un traitement et subit des interventions immédiatement pour réduire ou éliminer la douleur, favoriser la guérison et prévenir l'infection, selon ce qui est nécessaire.

**L'inspecteur ou l'inspectrice ordonne au titulaire de permis de respecter un ordre de conformité [al. 155(1)a) de la LRSLD (2021)] :**

Plus précisément, le titulaire de permis doit :

1. La directrice des soins infirmiers ou un ou une spécialiste certifié(e) des soins de la peau et des plaies fournira une formation sur la gestion des soins de la peau et des plaies à toutes les infirmières autorisées et tous les infirmiers autorisés, y compris tous les membres du personnel d'agence.

a) La formation doit notamment inclure l'exigence du moment où une personne résidente présente une altération de l'intégrité épidermique, reçoit un traitement et des interventions immédiats afin de réduire ou d'éliminer la douleur, favoriser la guérison et prévenir l'infection. La formation doit comprendre les traitements et les interventions disponibles au sein du foyer de soins de longue durée. Le moment où les traitements et les interventions sont mis en œuvre ainsi que les personnes qui mettent en œuvre des traitements et interventions. La formation comprendra également qui met en œuvre le traitement et l'intervention, une fois qu'ils sont déterminés, ainsi que la manière dont ils sont mis en œuvre dans le programme de soins de la personne résidente. Par référence à la disposition 55 (3) du Règl. de l'Ont. 246/22, «signes d'altération de l'intégrité épidermique» désigne une dégradation potentielle ou réelle du tissu épidermique ou dermique.

b) Conserver un dossier documenté sur la formation offerte, les participants à la formation, la date de fin de la formation, ainsi que le contenu de la formation et les documents fournis pour celle-ci.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**  
33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1J 7J2  
Téléphone : 844 231-5702

- c) Élaborer une vérification qui comprend toutes les exigences mentionnées à l'article 55 du Règlement de l'Ontario, programme des soins de la peau et des plaies, ainsi que dans la politique du titulaire de permis.
  
- e) Une fois que la formation a été fournie, la ou le responsable des soins des plaies ou une personne désignée de la direction doit effectuer des vérifications de l'altération de l'intégrité épidermique quotidiennement pour au moins quatre semaines, y compris les périodes de vacances et les fins de semaine. Conserver un dossier écrit des vérifications réalisées, y compris le nom de la personne qui réalise la vérification, le nom des membres du personnel faisant l'objet de la vérification, toute mesure corrective, la date de la vérification.
  
- f) S'ils le demandent, mettre immédiatement ce dossier à la disposition des inspecteurs.

**Motifs**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente reçoive un traitement et des interventions immédiats afin de réduire ou d'éliminer la douleur et de favoriser la guérison.

**Justification et résumé**

Une plainte a été soumise au directeur ou à la directrice concernant une allégation de négligence à l'égard d'une personne résidente. Plus précisément, de la négligence pour la gestion des soins de la peau et des plaies et la gestion de la douleur.

Un outil de documentation de la peau a été rempli deux jours après l'emménagement dans la personne résidente dans le foyer et identifiait plusieurs emplacements d'altération de l'intégrité épidermique.

Le ou la responsable des soins des plaies a indiqué qu'un traitement amorcé serait indiqué dans le dossier électronique d'administration des médicaments (eTAR) ou dans une note d'évolution.

Il n'y avait pas d'indication de traitement ou d'intervention pour plusieurs emplacements d'altération de l'intégrité épidermique dans eTAR, les évaluations, le programme de soins ou les notes d'évolution.

Un mois plus tard, il y avait une évaluation qui indiquait que l'intégrité épidermique s'était aggravée dans deux des emplacements mentionnés au moment de l'admission.

La ou le responsable des soins des plaies a indiqué que le foyer possédait des procédures de pansement des plaies, des routines de changement de position, des bottines, des cales et des matelas de soulagement de la pression disponibles pour les interventions de soins de la peau et des plaies.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1J 7J2  
Téléphone : 844 231-5702

La ou le responsable des soins des plaies a écrit une note d'évolution indiquant que la personne résidente présentait deux emplacements dont les plaies étaient impossibles à classer. La ou le responsable des soins des plaies a indiqué qu'un autre emplacement était presque au stade trois et avait besoin d'être déchargé. Dans la même note d'évolution, elle ou il a indiqué que la personne résidente serait évaluée pour un matelas de soulagement de la pression.

La ou le responsable des soins des plaies a indiqué que le foyer de soins de longue durée applique un matelas pour soulager la pression lorsque les plaies sont au stade deux ou plus grave. Elle ou il a indiqué que le foyer de soins de longue durée ne dispose pas toujours de matelas pour soulager la pression disponibles pour l'usage des personnes résidentes. La ou le responsable des soins des plaies a indiqué que lorsqu'elle ou il a écrit que la personne résidente « sera évaluée pour un matelas de soulagement de la pression » [traduction], cela signifiait qu'elle ou il allait évaluer s'il y en avait un disponible au foyer pour le fournir à la personne résidente.

La politique Prevention Skin Care [prévention des soins de la peau] du titulaire de permis indique d'utiliser le matelas spécialisé approprié ou un revêtement pour les personnes résidentes qui présentent des facteurs de risque supplémentaires, de la douleur incontrôlée et de la douleur intense exacerbée par le changement de position.

La personne résidente éprouvait de la douleur non gérée qui nécessitait l'intervention fréquente du médecin.

La personne résidente a reçu une ordonnance externe pour un médicament contre la douleur provenant d'un centre de soins de santé externe. L'ordonnance n'a été traitée à l'interne qu'une semaine plus tard. Une note d'évolution provenant du médecin indiquait que les ordonnances n'avaient été vues que le médecin ce jour-là pour un examen même si elles avaient été rédigées une semaine plus tôt. La directrice des soins infirmiers a indiqué que le foyer pouvait téléphoner au médecin et lui envoyer des documents par télécopieur entre ses visites hebdomadaires. L'IARQ (responsable des soins des plaies) a indiqué que lorsque les infirmières ou infirmiers reçoivent une ordonnance externe, le médecin recevait une télécopie ou un appel téléphonique pour traitement l'ordonnance de médicament à l'interne.

Ne pas veiller à ce que la personne résidente reçoive un traitement ou une intervention immédiats pour l'altération de l'intégrité épidermique et la gestion de la douleur a augmenté le risque de détérioration physique.

**Sources :** Dossiers cliniques d'une personne résidente, entretien avec le personnel (directrice des soins infirmiers et IARQ -responsable des soins des plaies).

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 6 janvier 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<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1J 7J2  
Téléphone : 844 231-5702

## **ORDRE DE CONFORMITÉ N° 004 Soins de la peau et des plaies**

Problème de conformité n° 015 – ordre de conformité aux termes de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021).

**Non-respect de : la disposition 55 (2) b) (iv) du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Soins de la peau et des plaies

Par. 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 un membre du personnel infirmier autorisé, si cela s'impose sur le plan clinique.

**L'inspecteur ou l'inspectrice ordonne au titulaire de permis de respecter un ordre de conformité [al. 155(1)a) de la LRSLD (2021)] :**

Plus précisément, le titulaire de permis doit :

1. La directrice des soins infirmiers ou un ou une spécialiste certifié(e) des soins des plaies fournira une formation sur la gestion des soins de la peau et des plaies à toutes les infirmières autorisées et tous les infirmiers autorisés, y compris le personnel d'agence.

a) La formation doit notamment comprendre les exigences sur le moment où une personne résidente présente une altération de l'intégrité épidermique, une réévaluation est remplie au moins une fois par semaine par une personne autorisée au moyen d'un instrument d'évaluation approprié sur le plan clinique. Par référence à la disposition 55 (3) du Règl. de l'Ont. 246/22, « signes d'altération de l'intégrité épidermique » désigne une dégradation potentielle ou réelle du tissu épidermique ou dermique.

b) Conserver un dossier documenté sur la formation offerte, les participants à la formation, la date de fin de la formation, ainsi que le contenu de la formation et les documents fournis pour celle-ci.

c) Élaborer une vérification qui comprend toutes les exigences mentionnées à l'article 55 du Règlement de l'Ontario, programme des soins de la peau et des plaies, ainsi que dans la politique du titulaire de permis.

d) Une fois que la formation a été fournie, la ou le responsable des soins des plaies ou une personne désignée de la direction doit effectuer des vérifications de toutes les observations d'altération de l'intégrité épidermique quotidiennement pour au moins quatre semaines, y compris les fériés et les fins de semaine. Conserver un dossier écrit des vérifications réalisées, y compris le nom de la personne qui réalise la vérification, le nom des membres du personnel faisant l'objet de la vérification, toute mesure corrective, la date de la vérification.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**  
33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1J 7J2  
Téléphone : 844 231-5702

e) S'ils le demandent, mettre immédiatement ce dossier à la disposition des inspecteurs.

**Motifs**

Le titulaire de permis n'a pas veillé, lorsqu'une personne résidente présentait une altération de l'intégrité épidermique, à ce qu'elle soit réévaluée au moins une fois par semaine par une personne autorisée.

**Justification et résumé**

Une plainte a été soumise au directeur ou à la directrice concernant une allégation de négligence à l'égard d'une personne résidente. Un outil de documentation de la peau a été rempli indiquant plusieurs emplacements d'altération de l'intégrité épidermique.

Il n'y avait pas d'indication de réévaluations hebdomadaires.

La directrice des soins infirmiers a indiqué que toute altération de la peau nécessitait une réévaluation des infirmières autorisées et infirmiers autorisés.

Ne pas veiller à ce qu'une personne résidente reçoive une réévaluation au moins une fois par semaine a mis la personne résidente à risque de ne pas recevoir le traitement et la surveillance appropriés et opportuns.

**Sources :** Dossiers cliniques d'une personne résidente, et entretien avec le personnel (infirmière autorisée ou infirmier autorisé responsable de la qualité—responsable des soins des plaies, et directrice des soins infirmiers).

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 6 janvier 2025.**

**ORDRE DE CONFORMITÉ N° 005 Soins de la peau et des plaies**

Problème de conformité n° 016 – ordre de conformité aux termes de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021).

**Non-respect de : la disposition 55 (2) c) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Soins de la peau et des plaies

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

(c) l'équipement, les fournitures, les appareils et les aides pour changer de position visés au paragraphe (1) sont facilement accessibles au foyer s'ils sont nécessaires pour éliminer la pression, traiter les lésions de pression, les déchirures de la peau ou les plaies et favoriser la guérison.

**L'inspecteur ou l'inspectrice ordonne au titulaire de permis de respecter un ordre de conformité [al. 155(1)a) 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<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1J 7J2  
Téléphone : 844 231-5702

Plus précisément, le titulaire de permis doit :

1. La directrice des soins infirmiers ou le ou la responsable des soins des plaies identifiera l'équipement, les fournitures, les appareils et les aides pour changer de position qui sont disponibles au foyer pour éliminer la pression, traiter les lésions de pression, les déchirures de la peau ou les plaies et favoriser la guérison. Conserver un dossier écrit de l'équipement qui sera disponible et afficher cette liste à un endroit où le personnel de soins infirmiers peut facilement y avoir accès.

2. La directrice des soins infirmiers et la ou le responsable des plaies déterminera le nombre de chaque type d'équipement, de fournitures, d'appareil et d'aides pour changer de position requis pour veiller à ce qu'un approvisionnement adéquat soit facilement accessible s'ils sont nécessaires pour éliminer la pression, traiter les lésions de pression, les déchirures de la peau ou les plaies et favoriser la guérison.

3. La directrice des soins infirmiers ou la ou le responsable des soins des plaies formera toutes les infirmières autorisées et tous les infirmiers autorisés pour s'assurer qu'ils savent quels sont les équipements, les fournitures, les appareils et aides pour changer de position sont disponibles au foyer, l'emplacement des fournitures ainsi que la marche à suivre si elles sont indisponibles.

a) Conserver un dossier documenté sur la formation offerte, les participants à la formation, la date de fin de la formation, ainsi que le contenu de la formation et les documents fournis pour celle-ci.

4. Après la formation, le ou la responsable des soins des plaies ou une personne désignée de la direction doit créer une vérification qui sera utilisée chaque semaine pour s'assurer que tous les articles sont disponibles pour les appliquer aux personnes résidentes lorsque requis.

a) S'ils le demandent, mettre immédiatement ce dossier à la disposition des inspecteurs.

**Motifs**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'équipement soit facilement accessible au foyer comme requis pour éliminer la pression et favoriser la guérison.

**Justification et résumé**

Il n'y avait également pas d'indication de traitement ou d'intervention immédiats pour les zones identifiées pour la personne résidente. Une évaluation a indiqué que les plaies s'aggravaient.

La ou le responsable des soins des plaies a indiqué dans une note d'évolution que les trois zones identifiées s'étaient aggravées.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1J 7J2  
Téléphone : 844 231-5702

La ou le responsable des soins des plaies a indiqué que le foyer de soins de longue durée applique un matelas pour soulager la pression lorsque les plaies sont au stade deux ou plus grave. Elle ou il a indiqué que le foyer de soins de longue durée ne dispose pas de suffisamment de matelas spécialisés à utiliser pour les personnes résidentes pour les personnes résidentes présentant dans plaies de stades inférieurs. La ou le responsable des soins des plaies a indiqué que lorsqu'elle ou il a inscrit dans une note d'évolution pour la personne résidente qu'elle « sera évaluée pour un matelas pour soulager la pression » [traduction], elle ou il allait évaluer s'il y en avait disponible au foyer.

La ou le responsable des soins des plaies a indiqué que le foyer ne dispose actuellement pas d'un matelas spécialisé disponible si une personne résidente a besoin d'en avoir un.

La politique du foyer de soins de longue durée indique d'utiliser le matelas spécialisé approprié ou un revêtement pour les personnes résidentes à risque très élevé avec l'échelle de Braden à moins de neuf ou qui possèdent des facteurs de risque supplémentaires, de la douleur incontrôlée ou de la douleur intense exacerbée par le changement de position.

La directrice des soins infirmiers a indiqué que des matelas spécialisés sont disponibles au sein du foyer. L'inspectrice ou l'inspecteur a demandé à voir le matelas la directrice des soins infirmiers a montré à l'inspectrice ou à l'inspecteur un matelas dans une salle d'entreposage. Lorsque la question a été posée à la ou au responsable des soins des plaies, il ou elle a indiqué qu'il n'y avait pas de matelas spécialisés fonctionnels disponibles pour les personnes résidentes. Le matelas pneumatique qui était dans la salle d'entreposage avait besoin de pièces de remplacement.

Ne pas veiller à ce que l'équipement soit disponible dans le foyer comme requis pour éliminer la pression et favoriser la guérison a mis les personnes résidentes à risque que leurs plaies s'aggravent et que le soulagement ne soit pas géré.

**Sources :** Dossiers cliniques d'une personne résidente, observations de matelas thérapeutiques et entretien avec le personnel (IARQ-responsable des soins des plaies et directrice des soins infirmiers).

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 6 janvier 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<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1J 7J2  
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 compte;
- (c) une adresse de signification pour le titulaire de permis.

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

### Directeur

a/s du coordonnateur des appels

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée du ministère des Soins de longue durée  
438, avenue University, 8<sup>e</sup> étage, Toronto, ON M7A 1N3

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1J 7J2  
Téléphone : 844 231-5702

Courriel : [MSLD.AppealsCoordinator@ontario.ca](mailto:MSLD.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;
- (c) la décision de révision du directeur, rendue en vertu de l'article 169 de la Loi, concernant l'ordre de conformité (art. 155) ou l'APA (art. 158) d'un inspecteur.

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

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1J 7J2  
Téléphone : 844 231-5702

**Commission d'appel et de révision des services de la santé**

À l'attention du registrateur

151, rue Bloor Ouest, 9<sup>e</sup> étage, Toronto, ON M5S 1S4

**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<sup>e</sup> étage, Toronto, ON M7A 1N3

Courriel : [MSLD.AppealsCoordinator@ontario.ca](mailto:MSLD.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](http://www.hsarb.on.ca).