

Rapport public

Date d'émission du rapport : 23 décembre 2024

Numéro d'inspection : 2024-1069-0005

Type d'inspection :

Plainte

Incident critique

Suivi

Titulaire de permis : 0760444 B.C. Ltd., en tant que partenaire général au nom d'Omni Health Care Limited Partnership

Foyer de soins de longue durée et ville : Springdale Country Manor, Peterborough

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 6, 9 au 13, 16, 18 au 20 et 23 décembre 2024

L'inspection concernait :

- Un dossier en lien avec des mauvais traitements d'ordre physique de la part d'une personne résidente à l'endroit d'une autre personne résidente
- Un dossier en lien avec l'éclosion d'une maladie
- Un dossier en lien avec une plainte d'une personne résidente concernant des mauvais traitements – marche à suivre relative aux plaintes
- Un dossier en lien avec une personne résidente portée disparue
- Suivi : n° 1 – paragraphe 22(3) du Règl. de l'Ont. 246/22, Génératrices – Date d'échéance pour parvenir à la conformité : 31 octobre 2024
- Suivi : n° 1 – alinéa 268(14)b) du Règl. de l'Ont. 246/22, Plans de mesures d'urgence, formation du personnel – Date d'échéance pour parvenir à la conformité : 31 octobre 2024.
- Suivi : n° 1 – alinéa 19(2)c) de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*, Services d'hébergement, entretien du foyer et de l'ameublement – Date d'échéance pour parvenir à la conformité : 31 octobre 2024.
- Suivi : n° 2 – OC n° 002 – 2024-1069-0002, paragraphe 6(8) de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*, Programme de soins – Date d'échéance pour parvenir à la conformité : 28 août 2024, frais de réinspection de 500 \$
- Dossier : n° 00130179 – Suivi n° 2 – OC n° 004 – 2024-1069-0002, article 26 du Règl. de l'Ont. 246/22, Observation des instructions du fabricant – Date d'échéance pour parvenir à la conformité : 28 août 2024, frais de réinspection de 500 \$

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 de l'inspection n° 2024-1069-0003 en lien avec le paragraphe 22(3) du Règl. de l'Ont. 246/22

Ordre n° 004 de l'inspection n° 2024-1069-0003 en lien avec l'alinéa 268(14)b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Ordre n° 001 de l'inspection n° 2024-1069-0003 en lien avec l'alinéa 19(2)c) de la LRSLD

Ordre n° 002 de l'inspection n° 2024-1069-0002 en lien avec le paragraphe 6(8) de la LRSLD

Ordre n° 004 de l'inspection n° 2024-1069-0002 en lien avec l'article 26 du Règl. de l'Ont. 246/22

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

- Entretien ménager, services de buanderie et services d'entretien
- Prévention et contrôle des infections
- Foyer sûr et sécuritaire
- Prévention des mauvais traitements et de la négligence
- Comportements réactifs
- Normes en matière de dotation en personnel, de formation et de soins
- Rapports et plaintes
- Activités récréatives et sociales

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

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

Problème de conformité n° 001 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (LRSLD).

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

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

Paragraphe 27(1) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

District du Centre-Est

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée 33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

ce qui suit :

a) les incidents suivants qui sont présumés, soupçonnés ou observés et dont il a connaissance ou qui lui sont signalés font l'objet d'une enquête immédiate :

(i) les mauvais traitements infligés à un résident par qui que ce soit.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que les préoccupations exprimées par une personne résidente au sujet d'un incident allégué de mauvais traitements et de négligence fassent immédiatement l'objet d'une enquête. Une note sur l'évolution de la situation rédigée par la ou le gestionnaire des services sociaux indique qu'une personne résidente a déclaré en avoir assez des mauvais traitements et de la négligence à son endroit de la part du personnel de l'établissement.

Le titulaire de permis n'a pas enquêté sur ces allégations de mauvais traitements et de négligence.

Sources : Dossiers cliniques de santé d'une personne résidente; entretiens avec la ou le gestionnaire des services sociaux et la directrice ou le directeur des soins infirmiers.

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

Problème de conformité n° 002 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la LRSLD.

Non-respect de : l'alinéa 28(1)2 de la LRSLD

Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

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

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

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que les préoccupations exprimées par une personne résidente au sujet d'un incident allégué de mauvais traitements et de négligence fassent immédiatement l'objet d'une enquête. Une note sur l'évolution de la situation rédigée par la ou le gestionnaire des services sociaux indique qu'une personne résidente a déclaré en avoir assez des mauvais traitements et de la négligence à son endroit de la part du personnel de l'établissement.

Le titulaire de permis n'a pas enquêté sur ces allégations de mauvais traitements et de négligence.

Sources : Dossiers cliniques de santé d'une personne résidente; entretiens avec la ou le gestionnaire des services sociaux et la directrice ou le directeur des soins infirmiers.

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

Problème de conformité n° 003 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la LRSLD.

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, paragraphe 102(2).

1. Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'on mette en œuvre la Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée (la « Norme »). Aux termes de l'article 4.3 de la Norme, après la résolution d'une écloison, on doit tenir une séance de compte rendu pour évaluer les pratiques de la PCI qui ont été efficaces et inefficaces dans la lutte contre l'écloison. On doit également rédiger un résumé des constatations qui formule des recommandations au titulaire de permis pour améliorer les pratiques de lutte contre les écloisions. L'ancienne personne responsable de la prévention et du contrôle des infections a indiqué lors d'un entretien qu'aucun procès-verbal n'a été préparé pour les réunions trimestrielles sur la PCI ou les réunions tenues en cas d'écloison. En outre, on a omis de produire un résumé des constatations s'accompagnant de recommandations. L'examen des procès-verbaux des réunions sur les indicateurs de la qualité a révélé que l'examen de la PCI pour le trimestre précédent ne comprenait aucune information sur l'écloison survenue au cours de cette période ni aucun examen de celle-ci.

Sources : Rapport trimestriel sur la qualité et procès-verbaux de réunions à ce sujet; entretien avec l'ancienne personne responsable de la prévention et du contrôle des infections.

2. Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que l'on ait mis en place des politiques et des procédures pour déterminer la fréquence du nettoyage et de la désinfection au moyen d'une approche de stratification des risques, en plus de voir à ce qu'on nettoie les surfaces à la fréquence requise, conformément à l'article 5.6 de la Norme (septembre 2023). On a révisé les politiques du foyer en matière de gestion des écloisions, y compris celles concernant le nettoyage des surfaces à fort contact et les

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

District du Centre-Est

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée 33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

organismes résistants aux antibiotiques. Lors d'un entretien, l'ancienne personne responsable de la prévention et du contrôle des infections a confirmé que la politique ne spécifiait pas que le nettoyage devait se faire au moyen d'une approche de stratification des risques.

Sources : Politiques d'Omni : IPAC-OM-5.3, IPAC-INF-4.3, IPAC-INF-4.2, IPAC-INF-4.1; entretien avec l'ancienne personne responsable de la prévention et du contrôle des infections.

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

Problème de conformité n° 004 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la LRSLD.

Non-respect de : l'alinéa 102(9)a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programme de prévention et de contrôle des infections

Paragraphe 102(9) – Le titulaire de permis veille à ce qui suit au cours de chaque quart de travail :

a) les symptômes indiquant la présence d'infections chez des résidents sont surveillés conformément aux normes ou protocoles que délivre le directeur en application du paragraphe (2).

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'on surveille en tout temps les symptômes indiquant la présence d'une infection lors de chaque quart de travail. Une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé a indiqué que le membre du personnel infirmier responsable doit apposer ses initiales sur le formulaire de suivi quotidien des signes et symptômes d'infection pour chaque quart de travail, afin de confirmer que l'on surveille les symptômes d'infection. Toutefois, un examen du formulaire de suivi sur neuf jours a révélé que la surveillance des symptômes n'a pas été documentée pour six quarts de travail.

Sources : Formulaire de suivi quotidien des signes et symptômes d'infection; entretien avec une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé.

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

Problème de conformité n° 005 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la LRSLD.

Non-respect de : l'alinéa 102(9)b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programme de prévention et de contrôle des infections

Paragraphe 102(9) – Le titulaire de permis veille à ce qui suit au cours de chaque quart

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

District du Centre-EstDirection de l'inspection des foyers de soins de longue durée 33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

de travail :

b) les symptômes sont consignés et les mesures nécessaires sont prises immédiatement pour réduire la transmission, isoler les résidents et les mettre en groupe au besoin. Règl. de l'Ont. 246/22, paragraphe 102(9).

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que des mesures soient prises immédiatement pour réduire la transmission lorsqu'une personne résidente a présenté des symptômes d'infection respiratoire. Un examen du formulaire de suivi de l'éclosion a permis d'identifier la personne résidente symptomatique. Les notes sur l'évolution de la situation indiquent que la personne résidente a présenté des symptômes pendant plus de 24 heures avant d'être placée en isolement. Dans un entretien, l'infirmière autorisée ou l'infirmier autorisé a confirmé que les personnes résidentes doivent être mises en isolement immédiatement si elles présentent deux symptômes de maladie. L'ancienne personne responsable de la prévention et du contrôle des infections a confirmé que l'on n'avait pas isolé rapidement la personne résidente.

Sources : Dossiers cliniques d'une personne résidente; entretien avec un membre du personnel infirmier autorisé et l'ancienne personne responsable de la prévention et du contrôle des infections.

AVIS ÉCRIT : Titulaire de permis : rapport d'enquête visé au par. 27 (2) de la Loi

Problème de conformité n° 006 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la LRSLD.

Non-respect de : l'alinéa 112(1)4 du Règl. de l'Ont. 246/22

Titulaire de permis : rapport d'enquête visé au par. 27 (2) de la Loi

Paragraphe 112(1) – Lorsqu'il fait rapport au directeur en application du paragraphe 27 (2) de la Loi, le titulaire de permis communique par écrit les renseignements suivants à l'égard de l'incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement d'un résident de la part de qui que ce soit ou de négligence envers un résident de la part du titulaire de permis ou du personnel qui a donné lieu au rapport :

4. Une analyse et les mesures de suivi, notamment :

- i. les mesures immédiates qui ont été prises pour prévenir toute récurrence,
- ii. les mesures à long terme planifiées pour remédier à la situation et prévenir toute récurrence.

1. Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que le rapport d'incident critique soumis à la directrice ou au directeur fasse état de l'analyse et des mesures de suivi, y compris

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

District du Centre-Est

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée 33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

des mesures immédiates qui ont été prises pour éviter que la situation ne se reproduise et des mesures à long terme prévues pour corriger la situation et éviter qu'elle ne se reproduise.

Sources : Rapport d'incident critique; notes d'enquête.

2. Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que le rapport d'incident critique soumis à la directrice ou au directeur fasse état de l'analyse et des mesures de suivi, y compris des mesures immédiates qui ont été prises pour éviter que la situation, à savoir un incident de violence physique de la part d'une personne résidente à l'endroit d'une autre personne résidente, ne se reproduise, ainsi que des mesures à long terme prévues pour corriger la situation et éviter qu'elle ne se reproduise.

Sources : Rapport d'incident critique; notes d'enquête; entretien avec la directrice ou le directeur des soins infirmiers.

AVIS ÉCRIT : Exceptions

Problème de conformité n° 007 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la LRSLD.

Non-respect du : paragraphe 254(4) du Règl. de l'Ont. 246/22

Exceptions

Paragraphe 254(4) – Si un membre du personnel est embauché ou un bénévole accepté pendant une pandémie et qu'aucune vérification de dossier de police conforme aux paragraphes 252 (2) et (3) n'a été fournie au titulaire de permis, le titulaire de permis veille à ce qu'une telle vérification lui soit fournie dans les trois mois qui suivent l'embauche du membre du personnel ou l'acceptation du bénévole. Il conserve les résultats de cette vérification du dossier conformément aux exigences de l'article 278 ou 279, selon le cas.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que l'ancienne personne responsable de la prévention et du contrôle des infections lui fournisse une vérification du dossier de police d'un membre du personnel dans les trois mois suivant l'embauche de ce membre du personnel. Le membre du personnel en question a signé une déclaration volontaire concernant son casier judiciaire au moment de son embauche. Le dossier de l'employé contenait une vérification des antécédents en vue d'un travail auprès de personnes vulnérables datée d'un an plus tard.

Sources : Dossier d'employé de l'ancienne personne responsable de la prévention et du contrôle des infections.

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 001 – Comportements réactifs

Problème de conformité n° 008 – Ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154(1)2 de la LRSLD.

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

Comportements réactifs

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

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

L'inspectrice/l'inspecteur ordonne au titulaire de permis de faire ce qui suit : Se conformer à un ordre de conformité [alinéa 155(1)a) de la LRSLD] :

Plus précisément, le titulaire de permis doit veiller à ce qui suit :

- 1) La personne responsable du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement (Projet OSTC) recevra une formation sur l'analyse du système d'observation de la démence du Projet. La formation portera notamment sur la manière de mettre en œuvre les interventions et sur la nécessité de procéder à des évaluations et réévaluations à partir des résultats du système d'observation de la démence du Projet OSTC. Il faut tenir un registre indiquant le matériel de formation, la personne qui a assuré la formation, le nom et la signature des membres du personnel qui ont suivi la formation et la date de la formation.
- 2) La personne responsable du Projet OSTC ou la personne désignée élaborera et distribuera un document de référence pour indiquer au personnel quelles sont les évaluations requises aux termes des politiques du programme de gestion des comportements réactifs, à quel moment ces évaluations doivent être effectuées et par qui elles doivent l'être. Il faut conserver l'information sur le document de référence dans un dossier.
- 3) La directrice ou le directeur des soins infirmiers assurera la communication avec tous les membres du personnel, y compris les membres du personnel provenant d'une agence, qui fournissent des soins directs aux personnes résidentes. La communication comprendra le document de référence qui donne la liste de toutes les évaluations du comportement requises par la politique du titulaire de permis et indiquera à quel moment ces évaluations doivent être effectuées et par qui elles doivent l'être. Il faut conserver dans un dossier de l'information sur la communication, la date à laquelle elle a été faite et la manière dont elle a été faite.

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée **District du Centre-Est**
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée 33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844-231-5702

4) Une fois que la communication aura été transmise à tous les membres du personnel, y compris les membres du personnel provenant d'une agence, qui fournissent des soins directs aux personnes résidentes, on effectuera une vérification pendant au moins six semaines, y compris les jours fériés et les fins de semaine. Cette vérification comprendra, sans s'y limiter, la surveillance du recours au système d'observation de la démence du Projet OSTC et de l'exécution de toutes les autres évaluations des comportements réactifs requises. Il faut conserver dans un dossier de l'information sur les vérifications effectuées, y compris le nom de la personne qui a effectué la vérification, le nom des membres du personnel visés par la vérification, toute mesure corrective prise et la date de la vérification.

5) La personne responsable du Projet OSTC ou la personne désignée évaluera l'administration des médicaments à une personne résidente et les comportements réactifs de celle-ci lorsque les membres du personnel lui administrent ses médicaments. Il faut mettre à jour le programme de soins de la personne résidente pour y inscrire ces interventions. Il faut également conserver dans un dossier de l'information sur l'évaluation, les interventions, les réévaluations et la réaction de la personne résidente aux interventions, ainsi que la date de l'évaluation et le nom de la personne qui l'a effectuée. Il faut fournir la documentation à l'inspectrice ou à l'inspecteur à sa demande.

6) À la demande de l'inspectrice ou de l'inspecteur, on mettra immédiatement tous les dossiers à sa disposition.

Motifs

1. Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'on prenne des mesures pour répondre aux besoins d'une personne résidente, notamment des évaluations.

Une personne résidente a été agressive physiquement à l'endroit d'une autre personne résidente; on a donc mis en place une surveillance de cinq jours dans le cadre du système d'observation de la démence. Toutefois, la surveillance n'a pas été effectuée pendant la totalité de cette période. Après la période de surveillance de cinq jours, la personne responsable du Projet OSTC ou la personne désignée n'a pas analysé les résultats du système d'observation de la démence. La personne responsable du Projet OSTC a confirmé que les résultats du système d'observation de la démence étaient incomplets et qu'ils n'avaient pas été analysés comme il se doit.

Puisque les membres du personnel n'ont pas appliqué correctement le système d'observation de la démence et n'ont donc pas réalisé toutes les évaluations,

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

District du Centre-Est

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée 33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

réévaluations et interventions appropriées, la personne résidente courait un risque accru de se blesser et de blesser d'autres personnes résidentes.

Sources : Rapport d'incident critique; politique du foyer en matière de soutien aux personnes résidentes ayant des comportements réactifs; évaluation et dossiers cliniques de la personne résidente; guide de l'utilisateur du système d'observation de la démence du Projet OSTC; entretien avec la personne responsable du Projet OSTC.

2. Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'une personne résidente fasse l'objet des évaluations et réévaluations appropriées pour que l'on gère ses problèmes de santé mentale et qu'on lui offre le soutien nécessaire lors de son admission et de façon continue.

Un rapport d'incident critique concernant une personne résidente qui a frappé une autre personne résidente et dont la disparition a été signalée a été soumis à la directrice ou au directeur.

Plus précisément, les membres du personnel ont omis de procéder à une évaluation complète du comportement de la personne résidente, comme l'exige la politique, et d'effectuer une évaluation dans le cadre du système d'observation de la démence du Projet OSTC lorsqu'on leur a demandé de le faire.

En omettant de veiller à ce que les évaluations appropriées soient effectuées, le titulaire de permis a exposé la personne résidente à un risque de se blesser et de blesser autrui.

Sources : Dossiers cliniques d'une personne résidente, y compris les évaluations; rapports d'incident critique; entretien avec la personne responsable du Projet OSTC.

3. Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'on prenne des mesures pour répondre aux besoins de deux personnes résidentes, notamment des évaluations, des réévaluations et des interventions.

On a soumis à la directrice ou au directeur un rapport d'incident critique concernant une altercation physique entre deux personnes résidentes. On a mis en place une surveillance de cinq jours dans le cadre du système d'observation de la démence du Projet OSTC pour les deux personnes résidentes. Cette surveillance n'a pas été exécutée en entier pour l'une des personnes résidentes et n'a pas été analysée par la suite. On n'a pas trouvé les résultats de la surveillance de l'autre personne résidente.

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

District du Centre-EstDirection de l'inspection des foyers de soins de longue durée 33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

On a examiné les notes sur l'évolution de la situation de l'une des personnes résidentes en question pour les 30 derniers jours et constaté que celles-ci indiquaient que la personne résidente a eu plusieurs incidents de comportements réactifs lors de l'administration de médicaments. La personne responsable du Projet OSTC a confirmé qu'aucune stratégie n'avait été élaborée pour gérer ces comportements.

Les évaluations incomplètes et les résultats non analysés (dans le cadre du système d'observation de la démence du Projet OSTC) ont augmenté les risques pour les personnes résidentes et le personnel, car cette situation a fait en sorte que l'on n'a pas mis en place des interventions qui auraient été requises. La sécurité du personnel et des personnes résidentes était menacée en raison des comportements réactifs de la personne résidente en question pendant l'administration des médicaments, et si la personne résidente ne recevait pas ses médicaments, cela aurait pu nuire à sa santé.

Sources : Rapport d'incident critique; politique du foyer en matière de soutien aux personnes résidentes ayant des comportements réactifs; dossiers cliniques de la personne résidente; guide de l'utilisateur du système d'observation de la démence du Projet OSTC; entretien avec la personne responsable du Projet OSTC.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le : 7 mars 2025

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 002 – Altercations entre les résidents et autres interactions

Problème de conformité n° 009 – Ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154(1)2 de la LRSLD.

Non-respect de : l'alinéa 59b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Altercations entre les résidents et autres interactions

Article 59 – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que des mesures soient prises afin de réduire au minimum les risques d'altercations et d'interactions susceptibles de causer un préjudice entre et parmi les résidents, notamment :

b) en identifiant des mesures d'intervention et en les mettant en œuvre.

L'inspectrice/l'inspecteur ordonne au titulaire de permis de faire ce qui suit : Se conformer à un ordre de conformité [alinéa 155(1)a) de la LRSLD] :

Plus précisément, le titulaire de permis doit veiller à ce qui suit :

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

District du Centre-EstDirection de l'inspection des foyers de soins de longue durée 33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

1. La personne responsable du Projet OSTC ou la personne désignée rencontre chaque semaine la personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) et le membre du personnel autorisé assigné pour discuter des comportements réactifs de quatre personnes résidentes, et ce, pendant six semaines. Il faut conserver dans un dossier le nom de la PSSP et du membre du personnel autorisé, la date de la rencontre et les comportements réactifs des quatre personnes résidentes au cours de la semaine. Si une personne résidente a eu des comportements réactifs cette semaine-là, la personne responsable du Projet OSTC, la PSSP et le membre du personnel autorisé mettent en œuvre des interventions pour gérer les comportements réactifs de la personne résidente. La semaine suivante, lors de la réunion, la personne responsable du Projet OSTC documente la réaction de la personne résidente à ces interventions. Si les interventions mises en œuvre n'ont pas été efficaces, la personne responsable du Projet OSTC documente les autres interventions mises en œuvre, ainsi que les évaluations ou réévaluations qui seront effectuées et les aiguillages qui ont été faits, le cas échéant. Si les comportements réactifs de la personne résidente sont gérés et que celle-ci n'a eu aucun comportement réactif, il faut l'indiquer dans la documentation. Il faut fournir la documentation à l'inspectrice ou à l'inspecteur à sa demande.

2. La personne responsable du Projet OSTC ou la personne désignée met à jour le programme de soins des quatre personnes résidentes pour y inscrire les nouvelles interventions. Il faut fournir, à la demande de l'inspectrice ou l'inspecteur, un registre des changements apportés au programme de soins au cours des six semaines.

3. Au cours des périodes de six semaines, la personne responsable du Projet OSTC ou la personne désignée communique au personnel toute nouvelle intervention mise en œuvre pour les quatre personnes résidentes. Il faut conserver un dossier indiquant ce qui a été communiqué au personnel, la plateforme utilisée pour ce faire et les dates auxquelles la communication a eu lieu. Il faut fournir la documentation à l'inspectrice ou à l'inspecteur à sa demande.

Motifs

1. Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'on prenne des mesures afin de réduire au minimum les risques d'altercations et d'interactions susceptibles de causer un préjudice entre une personne résidente une autre personne résidente.

Les notes sur l'évolution de la situation de la personne résidente indiquent que le mois précédent, cette personne a eu des altercations physiques avec d'autres personnes résidentes. Le mois suivant, la personne résidente a également eu une altercation physique avec une autre personne résidente. Le programme de soins de la personne

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

District du Centre-EstDirection de l'inspection des foyers de soins de longue durée 33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

résidente en question faisait état des éléments déclencheurs de ces comportements à l'endroit des autres personnes résidentes, mais aucune intervention n'a été mise en œuvre le mois précédent ou le mois suivant pour minimiser les altercations.

Puisque l'on a omis de prendre des mesures pour minimiser le risque d'altercations entre la personne résidente en question et d'autres personnes résidentes, les personnes résidentes ont été exposées à un risque accru.

Sources : Dossiers cliniques d'une personne résidente; entretien avec la personne responsable du Projet OSTC.

2. Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que, lorsqu'une personne résidente a eu une altercation physique avec une autre personne résidente, des mesures soient prises pour minimiser le risque d'altercations et d'interactions susceptibles de causer un préjudice entre les personnes résidentes et pour déterminer et mettre en œuvre des interventions.

Un rapport d'incident critique a été soumis à la directrice ou au directeur lorsque deux personnes résidentes ont eu une altercation physique. Les notes sur l'évolution de la situation de l'une de ces personnes résidentes indiquent que celle-ci a eu une altercation physique avec une autre personne résidente avant la soumission du rapport d'incident critique. On a omis d'inscrire dans le programme de soins de cette personne les nouvelles interventions mises en œuvre pour minimiser le risque d'altercations entre elle et d'autres personnes résidentes avant ou après cet incident.

Les récentes notes sur l'évolution de la situation de la personne résidente indiquent que les altercations physiques de cette personne avec d'autres personnes résidentes se sont poursuivies. La personne responsable du Projet OSTC a indiqué qu'aucune nouvelle intervention n'avait été mise en œuvre pour empêcher les altercations avec les autres personnes résidentes et minimiser le risque que la personne résidente en question ait des interactions susceptibles de causer un préjudice.

Une autre personne résidente faisant l'objet du même rapport d'incident critique soumis à la directrice ou au directeur avait également eu des altercations avec d'autres personnes résidentes. La personne responsable du Projet OSTC a confirmé qu'après l'altercation entre ces deux personnes résidentes, on a omis d'inscrire dans le programme de soins une intervention visant à prévenir d'autres altercations de ce genre.

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

District du Centre-EstDirection de l'inspection des foyers de soins de longue durée 33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

Puisque les membres du personnel ont omis de mettre en œuvre des interventions visant à réduire au minimum le risque d'altercation entre ces deux personnes résidentes, cela a exposé les autres personnes résidentes à un risque accru de blessure.

Sources : Rapport d'incident critique; dossiers cliniques de la personne résidente; entretien avec la personne responsable du Projet OSTC.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que des mesures soient prises afin de réduire au minimum les risques d'altercations et d'interactions susceptibles de causer un préjudice entre et parmi les personnes résidentes, notamment en identifiant et en mettant en œuvre des interventions.

3. On a soumis un rapport d'incident critique concernant des mauvais traitements de la part d'une personne résidente à l'endroit d'une autre personne résidente. On y a indiqué que la personne résidente n° 008 avait des comportements d'errance dans le bâtiment. Un examen des dossiers cliniques de la personne résidente a révélé que ce comportement se produisait presque tous les jours. Cependant, le programme de soins de la personne résidente n'indiquait pas que celle-ci avait des comportements d'errance et ne mentionnait aucun élément déclencheur de ces comportements ni aucune intervention visant à atténuer le risque et à soutenir la personne résidente. Les notes sur l'évolution de la situation indiquaient que la personne résidente a eu d'autres épisodes d'errance et est entrée dans la chambre d'autres personnes résidentes.

Lors d'un entretien, la directrice ou le directeur des soins infirmiers a confirmé qu'une autre personne résidente avait eu un comportement réactif et qu'aucune nouvelle intervention n'avait été mise en œuvre à la suite de cet incident. L'examen du dossier clinique de la personne résidente a révélé une deuxième altercation avec une autre personne résidente.

L'omission de mettre en œuvre de nouvelles interventions expose les deux personnes résidentes à des risques d'interactions et d'altercations susceptibles de causer un préjudice.

Sources : Rapport d'incident critique; dossiers cliniques des personnes résidentes; entretien avec la directrice ou le directeur des soins infirmiers.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le : 7 mars 2025

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 003 – Qualités requises : responsables des activités récréatives et sociales

Problème de conformité n° 010 – Ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154(1)2 de la LRSLD.

Non-respect de : l'article 73 du Règl. de l'Ont. 246/22

Qualités requises : responsables des activités récréatives et sociales

Article 73 – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les membres du personnel qui fournissent des activités récréatives et sociales au foyer satisfassent à l'une ou l'autre des exigences suivantes :

- a) être titulaire d'un diplôme, grade ou certificat d'études postsecondaires, décerné par un établissement d'enseignement postsecondaire de l'Ontario, en sciences du loisir, en loisirs thérapeutiques, en kinésiologie, en gérontologie ou dans un autre domaine connexe;
- b) être titulaire d'un diplôme, grade ou certificat d'études postsecondaires, décerné dans un autre territoire, qui équivaut, de l'avis raisonnable du titulaire de permis, au diplôme, grade ou certificat visé à l'alinéa a);
- c) posséder, de l'avis raisonnable du titulaire de permis, les compétences, les connaissances et une expérience appropriées dans la fourniture d'activités récréatives et sociales pour exercer les fonctions exigées par ce poste. Règl. de l'Ont. 66/23, art. 15.

L'inspectrice/l'inspecteur ordonne au titulaire de permis de faire ce qui suit : Se conformer à un ordre de conformité [alinéa 155(1)a) de la LRSLD]

Plus précisément, le titulaire de permis doit veiller à ce qui suit :

1. L'administratrice ou l'administrateur vérifie tous les rôles au sein du service de l'enrichissement de vie pour s'assurer que toutes les personnes qui occupent un poste d'aide à l'enrichissement de vie ou de coordonnatrice ou coordonnateur de l'enrichissement de vie possèdent les qualifications requises.
2. L'administratrice ou l'administrateur retirera à tout membre du personnel son poste d'aide à l'enrichissement de vie ou de coordonnatrice ou coordonnateur de l'enrichissement de vie s'il ne fournit pas de preuve documentée de ses qualifications. Il faut conserver un dossier indiquant la date de la vérification, le nom de la personne qui l'a effectuée et de la date où l'on a pris toutes les mesures correctives, y compris le retrait du poste.

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

District du Centre-Est

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée 33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

3. L'administratrice ou l'administrateur élabore un plan de relève écrit indiquant qui assumera le poste de coordonnatrice ou coordonnateur de l'enrichissement de vie lorsque celui-ci sera vacant, et à quel moment cette personne assumera le poste.
4. Il faut fournir immédiatement tous les documents à l'inspectrice ou à l'inspecteur à sa demande.

Motifs

Le titulaire de permis a omis de vérifier que l'ancienne personne responsable de la prévention et du contrôle des infections possédait les qualifications nécessaires pour organiser des activités récréatives et sociales dans le foyer en tant qu'aide à l'enrichissement de vie.

Lors d'un entretien, l'ancienne personne responsable de la prévention et du contrôle des infections a indiqué qu'elle travaillait actuellement en tant qu'aide à l'enrichissement de vie et qu'elle deviendrait bientôt la nouvelle coordonnatrice ou le nouveau coordonnateur de l'enrichissement de vie. Toutefois, l'ancienne personne responsable de la prévention et du contrôle des infections ne possède pas les qualifications requises pour ce rôle.

En omettant de s'assurer que l'ancienne personne responsable de la prévention et du contrôle des infections avait les qualifications nécessaires pour organiser des activités récréatives et sociales dans le foyer de soins de longue durée, le titulaire de permis a exposé les résidents au risque de ne pas pouvoir bénéficier d'activités thérapeutiques et significatives qui favorisent leur humeur et leur santé émotionnelle.

Sources : Dossier d'employé de l'ancienne personne responsable de la prévention et du contrôle des infections; entretiens avec l'ancienne personne responsable de la prévention et du contrôle des infections, l'administratrice ou l'administrateur et la coordonnatrice ou le coordonnateur de l'enrichissement de vie.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le : 28 février 2025

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 004 – Programme de prévention et de contrôle des infections

Problème de conformité n° 011 – Ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154(1)2 de la LRSLD.

Non-respect de : l'alinéa 102(7)4 du Règl. de l'Ont. 246/22

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

District du Centre-Est

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée 33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

Programme de prévention et de contrôle des infections

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

4. Il vérifie les pratiques de prévention et de contrôle des infections au foyer.

L'inspectrice/l'inspecteur ordonne au titulaire de permis de faire ce qui suit : Se conformer à un ordre de conformité [alinéa 155(1)a) de la LRSLD] :

Plus précisément, le titulaire de permis doit veiller à ce qui suit :

1. La personne responsable de la prévention et du contrôle des infections collaborera avec les gestionnaires des services pour passer en revue toutes les fonctions au sein du foyer. Elle dressera une liste et tiendra un registre des compétences exigées en matière de PCI pour chaque rôle. Ces registres doivent être immédiatement mis à la disposition de l'inspectrice ou de l'inspecteur à sa demande.
2. La personne responsable de la prévention et du contrôle des infections, en collaboration avec les gestionnaires de services, développera des vérifications des compétences exigées en matière de PCI pour chaque rôle. Ces vérifications doivent être immédiatement mises à la disposition de l'inspectrice ou de l'inspecteur à sa demande.
3. La personne responsable de la prévention et du contrôle des infections, en collaboration avec les gestionnaires de services, établira un processus de vérification qui comprendra un calendrier trimestriel documenté pour la vérification de chaque service en ce qui a trait aux compétences exigées en matière de PCI. Dans le cadre du processus de vérification, la personne responsable de la prévention et du contrôle des infections supervisera toutes les vérifications. Le calendrier des vérifications doit être immédiatement mis à la disposition de l'inspectrice ou de l'inspecteur à sa demande.
4. Les vérifications des compétences en matière de PCI et le calendrier des vérifications pour chaque rôle comprendront des évaluations trimestrielles du choix, du port et du retrait de l'équipement de protection individuelle (EPI) par les membres du personnel de tous les services, conformément à l'exigence supplémentaire prévue à l'article 2.1 de la Norme.
5. La ou le responsable des services environnementaux ou la personne désignée effectuera des vérifications hebdomadaires de tous les secteurs du foyer afin de

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

District du Centre-EstDirection de l'inspection des foyers de soins de longue durée 33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

s'assurer que les tâches d'entretien ménager sont effectuées comme il se doit, et ce, pendant une période de quatre semaines. Ces vérifications permettront d'assurer la conformité avec les protocoles de nettoyage et de désinfection et de prendre des mesures correctives en cas de non-conformité. Des dossiers sur ces vérifications doivent être conservés et fournis immédiatement aux inspecteurs à leur demande.

6. Dans le cadre des vérifications effectuées pour les conditions 2, 4 et 5, on consigne le nom et le rôle de la personne chargée de l'évaluation, le nom et le rôle du membre du personnel faisant l'objet de celle-ci, le nom du secteur visé du foyer et le lieu où il est situé, la date et l'heure de la vérification, toute constatation tirée et toute mesure corrective prise si les tâches n'ont pas été accomplies ou montrées comme il se doit. Ces registres doivent être immédiatement mis à la disposition de l'inspectrice ou de l'inspecteur à sa demande.

7. La personne responsable de la prévention et du contrôle des infections présentera les résultats de la vérification au comité de la PCI et en discutera avec celui-ci lors des réunions trimestrielles, et fournira une copie du procès-verbal de ces réunions aux inspectrices ou aux inspecteurs sur demande.

Motifs

1. Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que des vérifications soient effectuées pour s'assurer que les pratiques de nettoyage et de désinfection sont respectées.

Un examen des vérifications de la PCI réalisées dans le foyer a révélé que celles-ci ne comprenaient pas de vérifications des processus de nettoyage et de désinfection. Lors d'un entretien, la ou le responsable des services environnementaux a confirmé que les pratiques de nettoyage ne faisaient pas l'objet de vérifications régulières. Également lors d'un entretien, l'ancienne personne responsable de la prévention et du contrôle des infections a reconnu qu'il s'agissait d'une lacune dans les pratiques actuelles du foyer.

L'omission d'effectuer des vérifications des pratiques de nettoyage et de désinfection a exposé les résidents à un risque accru d'infections dans le contexte des soins de santé dues à la transmission par contact d'organismes infectieux.

Sources : Rapport d'incident critique; examen de la vérification de la PCI, entretiens avec l'ancienne personne responsable de la prévention et du contrôle des infections et la ou le responsable des services environnementaux.

2. Le titulaire de permis a omis d'effectuer des évaluations trimestrielles du choix, du

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

District du Centre-EstDirection de l'inspection des foyers de soins de longue durée 33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

port et du retrait de l'EPI par les membres du personnel du foyer. Les vérifications mensuelles de la PCI pour le dernier trimestre ne contenaient aucune donnée concernant le choix du bon EPI et les séquences appropriées pour le port et le retrait de celui-ci pour les membres du personnel de tous les services. L'ancienne personne responsable de la prévention et du contrôle des infections a confirmé qu'il n'y avait aucun programme de vérification en place permettant de s'assurer que les membres du personnel de tous les services choisissent, portent et retirent correctement l'EPI.

En omettant de s'assurer qu'au minimum, le personnel utilise correctement l'EPI, notamment en ce qui concerne le choix, le port, le retrait et l'élimination appropriés, le titulaire de permis a exposé les personnes résidentes à un risque accru d'infections dans le contexte des soins de santé lors de l'éclosion d'une maladie respiratoire.

Sources : Examen de la vérification de la PCI; entretien avec l'ancienne personne responsable de la prévention et du contrôle des infections.

3. Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que des vérifications trimestrielles soient effectuées pour s'assurer que tous les membres du personnel mettent en pratique les compétences exigées en matière de PCI dans le cadre de leurs fonctions, conformément à l'exigence supplémentaire prévue à l'alinéa 7.3b) de la Norme. Lors d'un entretien, la personne responsable de la prévention et du contrôle des infections a confirmé qu'il n'existait actuellement aucun programme de vérification des compétences en matière de PCI pour toutes les fonctions.

Puisque l'on a omis de veiller à ce que, au minimum, des vérifications trimestrielles soient réalisées pour s'assurer que tous les membres du personnel mettent en pratique les compétences exigées en matière de PCI dans le cadre de leurs fonctions, les personnes résidentes et les membres du personnel ont été exposés à un risque accru de transmission de maladies.

Sources : Examen de la vérification de la PCI; entretien avec l'ancienne personne responsable de la prévention et du contrôle des infections.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le : 7 mars 2025

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 licence demande la révision d'un APA, l'obligation de payer est suspendue jusqu'à la décision de la révision.

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

La demande écrite de révision doit comprendre :

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

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

Directeur

a/s du coordonnateur des appels

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée du
ministère des Soins de longue durée

438, avenue University, 8^e étage

Toronto (Ontario) M7A 1N3

Courriel : MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca

Si la signification se fait :

- (a) par courrier recommandé, elle est réputée être effectuée le cinquième jour après le

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

District du Centre-Est

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée 33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

jour de l'envoi;

(b) par courriel, elle est réputée être effectuée le jour suivant, si le document a été signifié après 16 h;

(c) par service de messagerie commerciale, elle est réputée être effectuée le deuxième jour ouvrable après la réception du document par le service de messagerie commerciale.

Si une copie de la décision du directeur n'est pas signifiée au titulaire de permis dans les 28 jours suivant la réception de la demande de révision du titulaire de permis, le ou les présents ordres et/ou le présent APA sont réputés confirmés par le directeur et, aux fins d'un appel devant la CARSS, le directeur est réputé avoir signifié au titulaire de permis une copie de ladite décision à l'expiration de la période de 28 jours.

En vertu de l'article 170 de la Loi, le titulaire de permis a le droit d'interjeter appel de l'une ou l'autre des décisions suivantes auprès de la CARSS :

(a) un ordre donné par le directeur en vertu des articles 155 à 159 de la Loi;

(b) un APA délivré par le directeur en vertu de l'article 158 de la Loi;

(c) la décision de révision du directeur, rendue en vertu de l'article 169 de la Loi, concernant l'ordre de conformité (art. 155) ou l'APA (art. 158) d'un inspecteur.

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

Commission d'appel et de révision des services de santé

À l'attention du registrateur

151, rue Bloor Ouest, 9^e étage,

Toronto (Ontario) M5S 1S4

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

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

District du Centre-Est

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée 33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

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.