

**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 West, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

## Rapport public initial

|   |   |
|---|---|
| <b>Date d'émission du rapport :</b> 18 octobre 2024                   |   |
| <b>Numéro d'inspection :</b> 2024-1083-0004                           |   |
| <b>Type d'inspection :</b><br>Incident critique                       |   |
| <b>Titulaire de permis :</b> Revera Long Term Care Inc.               |   |
| <b>Foyer de soins de longue durée et ville :</b> Thorntonview, Oshawa |   |
| <b>Inspectrice principale/Inspecteur principal</b>                    | <b>Signature numérique de<br/>l'inspectrice/Signature numérique de<br/>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 : du 25 au 27 septembre, du 1<sup>er</sup> au 4 et le 7 octobre 2024.

Les inspections effectuées concernaient :

- Quatre inspections relatives aux soins inadéquats de personnes résidentes.
- Trois inspections relatives à des allégations de mauvais traitements à l'égard de personnes résidentes.
- Une inspection relative à une blessure qui a entraîné un transfert à l'hôpital.
- Une inspection relative à une éclosion de COVID-19.

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)  
Prévention et contrôle des infections (Infection Prevention and Control)  
Prévention des mauvais traitements et de la négligence (Prevention of Abuse and Neglect)  
Comportements réactifs (Responsive Behaviours)  
Gestion de la douleur (Pain Management)

**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 West, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### Non-conformité rectifiée

**Des cas de non-conformité** ont été recensés pendant cette inspection et ont été **rectifiés** par le titulaire de permis avant la conclusion de l'inspection. L'inspectrice ou l'inspecteur est satisfait(e) de la rectification des cas de non-conformité dans l'esprit du paragraphe 154(2) et n'exige aucune autre mesure.

Problème de conformité n° 001 – rectification réalisée conformément à la disposition 154 (2) 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 ce que le programme de soins d'une personne résidente soit mis à jour lorsque les besoins en matière de transfert de la personne résidente ont évolué ou lorsque les soins prévus dans le programme n'étaient plus nécessaires.

### Justification et résumé

Un rapport d'incident critique (RIC) a été soumis au directeur ou à la directrice, indiquant que la personne résidente a subi une blessure qui a entraîné un transfert à l'hôpital et un changement de son état de santé.

Le programme de soins de la personne résidente indiquait qu'elle avait besoin d'un appareil de transfert et de deux membres du personnel pour l'aider avec les transferts en période de faiblesse. Le ou la physiothérapeute a reconnu que le programme de soins devait être révisé puisque les besoins en matière de transfert de la personne résidente ont évolué et que celle-ci n'a plus besoin des interventions précisées.

Une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) et le coordonnateur ou la coordonnatrice du RAI (instrument d'évaluation des résidents) ont confirmé que la personne résidente avait précédemment besoin d'un appareil de transfert déterminé et de deux membres

**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 West, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

du personnel pour l'aider avec les transferts après une blessure, mais ses besoins ont depuis évolué et un seul membre du personnel est désormais nécessaire.

Le coordonnateur ou la coordonnatrice du RAI a mis à jour le programme de soins de la personne résidente pour refléter les besoins révisés de la personne résidente, en notant qu'elle avait maintenant besoin d'une aide limitée d'un membre du personnel et n'avait plus besoin d'un appareil de transfert déterminé.

**Sources** : observations, dossiers cliniques pour la personne résidente, entretiens avec une PSSP, le ou la physiothérapeute et le coordonnateur ou la coordonnatrice du RAI.

Date de mise en œuvre de la rectification : le 27 septembre 2024

## **AVIS ÉCRIT : Politique visant à promouvoir la tolérance zéro**

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 25 (1) de la *LRSLD* (2021).**

Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

Par. 25 (1) Sans préjudice de la portée générale de l'obligation prévue à l'article 24, le titulaire de permis veille à ce que soit adoptée et respectée une politique écrite visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents.

Le titulaire du permis n'a pas veillé au respect de sa politique écrite visant à promouvoir une tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes.

### **Justification et résumé**

Un IC a été soumis au directeur ou à la directrice relativement à une allégation de mauvais traitement à l'égard d'une personne résidente par une autre personne résidente qui a été observée par une infirmière auxiliaire autorisée ou un infirmier auxiliaire autorisé (IAA).

Selon la politique « résident non-abuse » [non-maltraitance des résidents] du foyer, quiconque prend connaissance d'un mauvais traitement ou d'une négligence à l'égard d'une personne résidente ou en a le soupçon doit signaler immédiatement ce renseignement à la directrice générale (DG) ou, si elle n'est pas disponible, au superviseur de plus haut niveau présent lors du quart de travail.

Selon un examen plus approfondi de la procédure de signalement des événements indésirables

**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 West, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

du foyer, le personnel de première ligne doit aviser la DG ou la personne désignée d'un effet indésirable, fournir une réaction immédiate ou des soins et les consigner dans les dossiers de la personne résidente, suivre les exigences en matière de rapports et mener l'enquête sur l'événement.

L'IAA a admis avoir signalé l'incident à une ou un autre IAA, mais ne pas avoir avisé la DG ou la directrice des soins infirmiers (DSI) ni avoir consigné l'incident dans les dossiers de la personne résidente.

La DSI et le directeur adjoint ou la directrice adjointe aux soins infirmiers (DASI) ont confirmé que la politique du foyer n'a pas été respectée lorsque les IAA qui ont pris connaissance du mauvais traitement n'ont pas avisé immédiatement la DG ou la personne désignée ni consigné l'incident dans les dossiers de la personne résidente pour permettre une enquête immédiate.

Ne pas s'assurer que la politique du foyer visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitement et de négligence à l'égard des personnes résidentes soit respectée par le signalement immédiat de l'allégation de mauvais traitement et l'amorce d'une enquête a augmenté le risque de mauvais traitements continus à l'égard d'autres personnes résidentes.

**Sources** : Politique Resident Non-Abuse [non-maltraitance des résidents], Adverse Events Reporting for Quality Improvement Activities Procedures [procédures de signalement des événements indésirables en vue de l'amélioration de la qualité], et entretiens avec une ou un IAA, le ou la DASI et la DSI.

## **AVIS ÉCRIT : Techniques de transfert et de changement de position**

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 40 du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Techniques de transfert et de changement de position

Art. 40. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les membres du personnel utilisent des appareils ou des techniques de transfert et de changement de position sécuritaires lorsqu'ils aident les résidents.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel utilise des appareils de transfert sécuritaires quand il vient en aide à une personne résidente.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**  
33, rue King West, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

**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 West, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

**Justification et résumé**

Un IC a été soumis au directeur ou à la directrice, indiquant qu'une personne résidente avait subi une blessure entraînant un transfert à l'hôpital.

Le programme de soins de la personne résidente indiquait qu'elle utilisait le support d'un appareil d'aide à la mobilité lorsqu'elle était transportée sur de longues distances. Une PSSP a été observée poussant la personne résidente en utilisant un appareil d'aide à la mobilité de sa chambre vers la salle à manger sans utiliser le support. La PSSP a admis que l'intervention était décrite dans le programme de soins, mais qu'elle ne l'a pas respecté parce que la personne résidente ne l'aime pas.

Des entretiens distincts avec la PSSP et le ou la physiothérapeute indiquaient le personnel doit placer le support sur l'appareil d'aide à la mobilité de la personne résidente lorsque celle-ci est transportée sur de plus grandes distances.

Ne pas utiliser des appareils de transfert sécuritaires pour la personne résidente l'a exposée à un risque de blessure.

**Sources** : examen des dossiers électroniques d'une personne résidente, entretiens avec des PSSP et le ou la physiothérapeute.

**AVIS ÉCRIT : Gestion de la douleur**

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 57 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Gestion de la douleur

Par. 57 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les résidents, lorsque leur douleur n'est pas soulagée au moyen des interventions initiales, soient évalués au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément à cette fin.

Le titulaire du permis n'a pas veillé à évaluer et à surveiller la personne résidente au moyen d'un instrument d'évaluation approprié sur le plan clinique lorsque la douleur n'a pas été soulagée par l'intervention initiale.

**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 West, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

**Justification et résumé**

Un IC a été reçu par le directeur ou la directrice alléguant qu'aucun médicament contre la douleur n'a été administré à la personne résidente.

Un examen de l'historique de la sonnette d'appel de la personne résidente, qui éprouvait de la douleur, a montré que la personne résidente avait appelé plusieurs fois à une date déterminée avec des temps d'attente allant de neuf minutes à plus d'une heure.

Un examen du dossier d'administration des médicaments (MAR) indiquait que la personne résidente recevait les médicaments contre la douleur prévus avant d'aller au lit.

Un examen de l'administration de médicament pro re nata (PRN, au besoin) contre la douleur pour la personne résidente indiquait que celle-ci avait reçu le médicament prescrit. Toutefois, il n'y avait pas de dossier de données d'évaluation au moyen d'un outil approprié sur le plan clinique pour évaluer la douleur et l'efficacité du médicament administré.

La politique du foyer sur les médicaments contre la douleur indiquait aux infirmières et infirmiers :

1. D'examiner les personnes résidentes pour déceler de la douleur au moyen d'un outil normalisé fondé sur des données probantes,
2. Les personnes résidentes présentant une douleur déterminée doivent avoir une surveillance de la douleur de 72 heures qui est amorcée et complétée,
3. L'efficacité des interventions contre la douleur est surveillée et les résultats des personnes résidentes sont évalués et consignés,
4. De remplir une évaluation complète de la douleur pour toutes les personnes résidentes qui ont une douleur déterminée.

Les dossiers d'évaluation clinique de la personne résidente indiquaient que la personne résidente n'avait pas été examinée au moyen d'un outil fondé sur des données probantes, une surveillance de la douleur de 72 heures n'a pas été amorcée et une évaluation complète de la douleur n'a pas été remplie pour la personne résidente.

La fiche de surveillance de la douleur de la personne résidente indiquait qu'aucune donnée d'évaluation ou de surveillance n'était consignée pour les dates auxquelles la personne résidente s'est plainte de douleur.

L'IAA a confirmé que la personne résidente n'avait pas été examinée au moyen d'un outil fondé sur des données probantes, qu'une surveillance de la douleur de 72 heures n'avait pas été

**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 West, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

amorcée et qu'une évaluation complète de la douleur n'avait pas été remplie pour la personne résidente. Toutefois, le questionnaire du MAR sur l'efficacité du médicament était rempli.

Ne pas évaluer l'efficacité des interventions contre la douleur grâce à des évaluations complètes de la douleur a placé la personne résidente à risque de traitement tardif et d'aggravation de la douleur.

**Sources :** MAR de la personne résidente, dossiers d'évaluations cliniques de la personne résidente, politique Pain Assessment and Management Programm [programme d'évaluation et de gestion de la douleur] du foyer, et entretiens avec l'IAA.

## **AVIS ÉCRIT : Production alimentaire**

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

**Non-respect de : la disposition 78 (3) b) du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Préparation alimentaire

Par. 78 (3) Le titulaire de permis veille à ce que tous les aliments et liquides compris dans le système de préparation alimentaire soient préparés, entreposés et servis au moyen de méthodes qui, à la fois :

b) empêchent l'adultération, la contamination et les maladies d'origine alimentaire. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 78 (3).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un repas pour une personne résidente soit servi au moyen de méthodes qui empêchent l'adultération, la contamination et les maladies d'origine alimentaire.

### **Justification et résumé**

Au cours d'une inspection sur place, il a été noté que le plateau à déjeuner d'une personne résidente se trouvait dans sa chambre à la température ambiante pendant deux heures après son service. La personne résidente a indiqué qu'elle n'avait pas le goût de manger lorsque le plateau lui a été servi.

Une PSSP a indiqué que le plateau avait été servi après le service de repas dans la salle à manger, qu'elle avait vérifié auprès de la personne résidente quelques fois, puis laissé le plateau dans sa chambre à la température ambiante pour ne pas lui refuser de la nourriture.

**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 West, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Selon la procédure de contrôle sur la température des aliments du foyer, pour les personnes résidentes qui choisissent de ne pas participer à un service de repas comme prévu et qui demandent que leur repas soit mis de côté pour une consommation ultérieure pendant la journée, les éléments du repas seront préparés selon le programme de soins de la personne résidente, étiquetés (avec le nom de la personne résidente et la date) et réfrigérés immédiatement.

Le ou la gestionnaire en nutrition a indiqué que l'attente du foyer était de ne pas laisser de la nourriture servie pendant deux heures. Si une personne résidente ne veut pas du plateau ou que le personnel remarque après trente minutes qu'elle ne veut pas manger, les PSSP peuvent demander que les autres éléments soient conservés à des températures sécuritaires.

Ne pas servir aux personnes résidentes des repas qui ne préservent pas la salubrité des aliments a mis la personne résidente à risque de consommer des aliments contaminés qui peuvent causer une maladie d'origine alimentaire.

**Source :** Long Term Care Food Temperature Checklist Procedure [procédure de contrôle sur la température des aliments pour les soins de longue durée], observations, entretiens avec la personne résidente, une PSSP et le ou la gestionnaire de la nutrition.

## **AVIS ÉCRIT : Traitement des plaintes**

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 108 (1) 3. i. du Règl. de l'Ont. 246/22**

Traitement des plaintes

Par. 108 (1) Le titulaire de permis veille à ce que chaque plainte écrite ou verbale qu'il reçoit ou que reçoit un membre du personnel concernant les soins fournis à un résident ou l'exploitation du foyer soit traitée comme suit :

3. La réponse fournie à l'auteur d'une plainte comprend ce qui suit :
  - i. le numéro de téléphone sans frais du ministère à composer pour porter plainte au sujet des foyers, ses heures de service et les coordonnées de l'ombudsman des patients visé à la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous*.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à inclure le numéro de téléphone sans frais du ministère à composer et les coordonnées de l'ombudsman des patients dans sa réponse écrite fournie au mandataire spécial ou à la mandataire spéciale d'une personne résidente.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**  
33, rue King West, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

**Justification et résumé**

Un IC a été soumis au directeur ou à la directrice concernant une allégation de mauvais traitement d'ordre affectif envers une personne résidente de la part d'un ou d'une membre du personnel.

Le ou la mandataire spécial(e) de la personne résidente a envoyé un courriel à la DG indiquant qu'un ou une membre du personnel avait pris beaucoup de temps pour répondre à la sonnette d'appel et avait parlé de manière inappropriée. La DG a envoyé un courriel au ou à la mandataire spécial(e) pour accuser réception de la plainte et fournir les résultats de l'enquête, respectivement.

Les lettres de réponse ne comprenaient pas le numéro de téléphone sans frais du ministère pour déposer des plaintes au sujet des foyers et ses heures de service, ni les coordonnées de l'ombudsman des patients en vertu de la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous*.

Le ou la DASI et la DSI ont admis que les lettres de réponse ne comprenaient pas les renseignements susmentionnés.

Ne pas inclure les renseignements pour communiquer avec le directeur ou la directrice et l'ombudsman des patients peut avoir entravé l'accès à du soutien supplémentaire pour les personnes résidentes et leurs familles.

**Sources** : rapports d'IC, enquête interne du foyer, entretiens avec le ou la DASI et la DSI.

## **ORDRE DE CONFORMITÉ n° 001 Faire rapport au directeur dans certains cas**

Problème de conformité n° 007 – ordre de conformité aux termes du paragraphe 154 (1) 2. de la *LRSLD* (2021).

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

Faire rapport au directeur dans certains cas

Par. 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.

**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 West, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
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 :

a) Passer en revue la politique Resident Non-Abuse [non-maltraitance des résidents] et la procédure Mandatory Reporting of Resident Abuse or Neglect [obligation de faire rapport sur les mauvais traitements et la négligence envers les personnes résidentes] du foyer. La politique doit préciser clairement les étapes que quiconque dans le FLTC, y compris le personnel autorisé, doit respecter en prenant connaissance d'une allégation de mauvais traitements selon les exigences législatives.

b) Veiller à ce que l'ensemble du personnel infirmier autorisé reçoive une formation sur la disposition 28 (1) 2 la LRSLD, à savoir que « 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 : 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. »

c) La formation doit inclure les types de mauvais traitements, les motifs de soupçon d'un mauvais traitement, ainsi que le risque de préjudice.

d) Tenir un dossier documenté de cette formation, y compris la date à laquelle elle est fournie, le contenu abordé, les renseignements du formateur ou de la formatrice, et ceux des personnes participantes. S'assurer que tous les documents sont facilement accessibles à l'inspecteur ou l'inspectrice.

**Motifs**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une PSSP signale correctement et immédiatement un incident observé à la personne responsable de l'unité.

**Justification et résumé**

Lors d'un entretien, une PSSP a signalé avoir observé une autre PSSP transférer une personne résidente d'une manière qui a causé une blessure à la personne résidente. La PSSP a remarqué que la personne résidente semblait en détresse avant de sortir de la chambre. Elle a confirmé avoir fait rapport de l'incident à l'infirmière ou l'infirmier en chef le même jour, mais elle n'était pas certaine si l'infirmière ou l'infirmier avait reçu son rapport.

Lors de son quart de travail suivant, la PSSP a observé une blessure sur la personne résidente

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**  
33, rue King West, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

et a fait rapport de l'incident à plusieurs infirmières ou infirmiers deux jours plus tard. La PSSP n'était toutefois pas certaine si les infirmières ou infirmiers avaient reçu le rapport ou l'avaient interprété comme une plainte. La direction a pris connaissance de l'incident cinq jours plus tard, puis la PSSP l'a décrit à un ou une membre du personnel autorisé travaillant sur une unité différente.

La PSSP présumée s'est rappelé avoir transféré la personne résidente vers son lit avec une autre PSSP. Cependant, elle ne se rappelait pas avoir repositionné la personne résidente par elle-même, l'avoir heurtée ou l'avoir entendu sangloter.

Le ou la DSI par intérim a confirmé que la direction avait pris connaissance de l'incident cinq jours après qu'il se soit produit, et que la PSSP manquait de précision au moment de faire rapport à l'infirmière ou l'infirmier en chef de l'unité de ce qu'elle a vu, entendu ou ressenti de manière inappropriée le jour où l'incident s'est produit.

Un examen des dossiers d'enquête du foyer a révélé des documents, des enquêtes et le rapport de l'incident entrepris cinq jours après que l'incident se soit produit. Les évaluations de la blessure de la personne résidente ont également commencé cinq jours après les incidents allégués.

La politique sur les rapports obligatoires de Revera indique que si quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner que l'un ou l'autre des cas suivants s'est produit ou peut se produire, cette personne doit immédiatement faire rapport verbalement de ses soupçons et communiquer les renseignements sur lesquels ils sont fondés à la personne responsable, soit l'infirmière ou l'infirmier de garde.

Ne pas s'assurer qu'un incident de mauvais traitement allégué par un ou une membre du personnel soit signalé de manière appropriée à l'infirmière ou l'infirmier responsable a créé une occasion ratée pour le foyer de faire enquête, de réagir et de prendre des mesures appropriées en temps opportun.

**Sources** : entretiens avec le personnel, examens des dossiers d'évaluations, dossier d'enquête, rapport d'IC et politique de Revera sur les rapports obligatoires de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à aviser immédiatement le directeur ou la directrice lorsque le ou la mandataire spécial(e) d'une personne résidente a signalé une allégation de mauvais traitement.

**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 West, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

**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 West, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

**Justification et résumé**

Un IC a été soumis au directeur ou à la directrice concernant une allégation de mauvais traitement d'ordre affectif envers une personne résidente de la part d'un ou d'une membre du personnel.

Le ou la mandataire spécial(e) de la personne résidente a envoyé un courriel à la DG du foyer indiquant qu'une PSSP avait pris beaucoup de temps pour répondre à la sonnette d'appel de la personne résidente et avait parlé de manière inappropriée, causant une détresse affective à la personne résidente. La directrice ou le directeur a été avisé(e) de cette allégation onze jours plus tard.

La DSI et le ou la DASI ont admis que l'allégation de mauvais traitement n'avait pas été soumise immédiatement au directeur ou à la directrice.

Ne pas s'assurer que le directeur ou la directrice soit informé(e) de toute allégation de mauvais traitement aurait pu mener à d'autres risques pour la personne résidente.

**Sources** : rapport d'IC, enquête interne du foyer, et entretiens avec la PSSP, la DSI et le ou la DASI.

Le titulaire du permis n'a pas signalé immédiatement au directeur ou à la directrice une allégation de mauvais traitement envers une personne résidente.

**Justification et résumé**

Un IC a été soumis au directeur ou à la directrice au sujet d'une allégation de mauvais traitement à l'égard d'une personne résidente. L'examen des dossiers relatifs à l'incident a révélé qu'une ou un IAA a été témoin du mauvais traitement et a fait rapport de l'observation à son IAA assigné(e), mais aucun(e) des deux IAA n'a fait rapport du mauvais traitement à la DG ou à la personne désignée.

La politique « résident non-abuse » [non-maltraitance des résidents] du foyer indiquait que quiconque prend connaissance d'un mauvais traitement à l'égard d'une personne résidente ou en a le soupçon doit signaler immédiatement ce renseignement à la DG ou, si elle n'est pas disponible, au superviseur de plus haut niveau présent lors du quart de travail. En outre, la procédure sur les rapports obligatoires de mauvais traitements ou de négligence envers les personnes résidentes indiquait que l'infirmière ou infirmier et « ils » feront ensemble immédiatement rapport du mauvais traitement au directeur ou à la directrice. La procédure ne

**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 West, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

précise pas qui est « ils ». Un autre document intitulé « the adverse events reporting algorithm » [l'algorithme de signalement des événements indésirables] indiquait au personnel qu'un mauvais traitement confirmé est considéré comme un événement nuisible, il faut donc suivre cet algorithme.

L'IAA a admis ne pas avoir fait rapport immédiatement de ses observations à la DSI ou à la DG ni avoir consigné l'incident dans les dossiers de santé de la personne résidente. En outre, elle ou il n'a pas utilisé l'algorithme des événements indésirables du foyer pour faire rapport sur le mauvais traitement.

Lors d'un entretien avec la DSI et le ou la DASI, ceux-ci ont pris connaissance de l'incident dans le rapport de soins infirmiers de 24 heures et non de la part d'une ou un IAA qui avait pris connaissance de l'incident. Les deux ont confirmé que l'allégation de mauvais traitement avait été rapidement signalée au directeur ou à la directrice.

Ne pas s'assurer que le directeur ou la directrice est informé(e) de toute allégation de mauvais traitement aurait pu augmenter le risque pour la personne résidente.

**Sources** : rapport d'IC, enquête interne du foyer, Mandatory Reporting of Resident Abuse or Neglect Procedure [procédure sur les rapports obligatoires des mauvais traitements et de la négligence envers les personnes résidentes], Adverse Events Reporting for Quality Improvement Activities [rapports des événements indésirables pour les activités d'amélioration de la qualité], et entretiens avec l'IAA, la DSI et le ou la DASI.

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 31 janvier 2025.**

## **ORDRE DE CONFORMITÉ n° 002 Programme de prévention et de contrôle des infections**

Problème de conformité n° 008 – ordre de conformité aux termes de la disposition 154 (1) 2 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) les normes ou protocoles que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 102 (2).

**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 West, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

- a) Retirer les récipients à ordures pour l'équipement de protection individuelle (ÉPI) des couloirs.
- b) Fournir du désinfectant pour les mains antibactérien (DMBA) au point de soins pour s'assurer qu'il est facilement accessible au personnel afin de l'utiliser pour mettre en pratique les quatre moments de l'hygiène des mains.
- c) La responsable de la PCI ou une personne désignée et formée doit effectuer des vérifications hebdomadaires pendant quatre semaines pour s'assurer que le personnel a accès au DMAB et l'utilise de manière appropriée au point de soins. Le foyer conservera un dossier documenté des vérifications qui comprendront le nom de la personne vérificatrice, la date de réalisation, et toute mesure corrective prise. Mettre immédiatement les dossiers à la disposition de l'inspecteur ou l'inspectrice sur demande.
- d) La responsable de la PCI ou la personne désignée et formée fournira de la formation à tous les membres du personnel qui fournissent des soins directs aux personnes résidentes et les services de repas sur l'importance de l'hygiène des mains et des quatre moments de l'hygiène des mains.
- Cette formation comprendra notamment une formation en personne de démonstration de la performance basée sur un scénario. Les documents de la formation en personne de démonstration de la performance basée sur un scénario doivent inclure :
- La formation fournie.
  - La personne qui a fourni la formation.
  - Les noms des membres du personnel formés et leurs signatures.
  - La date de la formation.
  - Le résultat des démonstrations de performance.
- e) Après que la formation ait été fournie, la responsable de la PCI qualifiée ou une personne responsable et formée de la direction doit effectuer des vérifications de l'hygiène des mains pendant six semaines, y compris les fériés et les fins de semaine pour chaque quart de travail sur la pratique de l'hygiène des mains du personnel. 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) La responsable de la PCI analysera les constats généraux de l'hygiène des mains de la période de six semaines pour déceler des tendances et créer un plan d'action si des lacunes sont identifiées. Un résumé de cette analyse et tout plan d'action connexe seront remis aux inspecteurs ou inspectrices, immédiatement à leur demande.

**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 West, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

**Motifs**

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

Conformément à l'exigence supplémentaire 9.1 b) de la Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée (avril 2022), le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les pratiques de base soient respectées dans le programme de PCI, en particulier en ce qui a trait à la pratique de l'hygiène des mains par plusieurs membres du personnel dans différentes aires du foyer.

Au cours de l'inspection, les inspecteurs ou inspectrices ont observé plusieurs membres du personnel de différents services qui ne pratiquaient pas l'hygiène des mains conformément aux quatre moments de l'hygiène des mains; dans différentes aires du foyer.

Ne pas veiller à la pratique de l'hygiène des mains comme requis augmente le risque de transmettre des agents infectieux et place les personnes résidentes à risque d'être en contact avec des maladies infectieuses.

**Sources** : observations faites par les inspecteurs ou inspectrices, entretiens avec le personnel.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que toute norme ou tout protocole émis par le directeur concernant la prévention et le contrôle des infections soit mis en œuvre.

Plus précisément, la Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée, à la norme 10.1, indique que le titulaire de permis est tenu de s'assurer que son programme d'hygiène des mains comprenne l'accès à des agents d'hygiène des mains, notamment un désinfectant pour les mains à base d'alcool (DMBA) entre 70 et 90 pour cent (%). Ces agents doivent être facilement accessibles au point de soins et dans d'autres aires communes et pour les personnes résidentes; et tout membre du personnel fournissant des soins directs aux personnes résidentes doit avoir un accès immédiat à un DMBA entre 70 % et 90 %.

Lors de la visite initiale du foyer, les chambres de personnes résidentes des premier et deuxième étages ne comportaient pas d'accès à un DMBA au point de soins. Le personnel a été observé comme ayant accès au DMBA à la porte et non au point de soins.

Une PSSP a confirmé qu'il n'y avait pas de DMBA au point de soin dans toutes les chambres de personnes résidentes et qu'il était attendu que le personnel, au moment de fournir les soins, ait accès au DMBA au point de sortie dans les chambres privées et semi-privées.

**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 West, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

La responsable de la PCI a indiqué que les quatre moments de l'hygiène des mains pouvaient être respectés en utilisant le DMBA au point de sortie dans les chambres privées et semi-privées, et qu'il était attendu que les membres du personnel transportent du DMBA avec eux pour fournir les soins. Elle a également confirmé qu'il n'y avait pas de DMBA au point de soins ou dans la zone de soins dans les chambres semi-privées la partie plus vieille du foyer, et dans les chambres privées et semi-privées de la partie plus récente du foyer. Le DMBA au point de sortie se trouvait dans la zone de soins dans les chambres semi-privées dans la partie plus vieille du foyer.

Les Pratiques exemplaires d'hygiène des mains de Santé publique Ontario définissent le point de service comme étant l'endroit où sont réunis trois éléments : le client/patient/résident, le fournisseur de soins ainsi que les soins ou le traitement nécessitant un contact avec le client/patient/résident. Le concept a été utilisé pour localiser les produits d'hygiène des mains qui étaient facilement accessibles au personnel en étant aussi près que possible, soit à portée de main, là où le contact avec le client/patient/résident a lieu.

Ne pas veiller à ce que le DMBA soit accessible au point de service augmentait le risque de transmission d'agents infectieux.

**Sources** : observations des chambres des personnes résidentes, entretiens avec les membres du personnel, examen de la Norme de PCI de septembre 2023, et Les Pratiques exemplaires d'hygiène des mains de SPO datant du 19 décembre 2023.

Le titulaire de permis doit s'assurer que les pratiques de base et les précautions supplémentaires sont respectées dans le programme de la PCI en utilisant les lignes directrices des pratiques exemplaires en ce qui concerne le positionnement des récipients pour l'équipement de protection individuelle (ÉPI).

Conformément à la Norme de prévention et de contrôle des infections pour les foyers de soins de longue durée émise par le directeur, révisée en septembre 2023, la section 9.1. f) indique des précautions supplémentaires sur l'ÉPI incluant la sélection, le port, le retrait et l'élimination appropriés.

Un IC a été reçu par le directeur ou la directrice concernant une éclosion. Pendant la visite initiale du foyer, l'inspecteur ou l'inspectrice a observé des récipients d'ordure pour l'ÉPI à l'extérieur de plusieurs chambres de personnes résidentes et une PSSP sortant de la chambre d'une personne résidente sans retirer ses gants à la porte ni laver ses mains après avoir retiré les gants dans le couloir.

**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 West, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

La responsable de la PCI a confirmé que les récipients d'ÉPI étaient situés à l'extérieur des chambres parce que le foyer est vieux et qu'il n'y a pas d'espace dans les chambres pour y mettre des corbeilles. La responsable de la PCI a indiqué que l'attente était que le personnel retire l'ÉPI à la porte avant de sortir de la chambre.

Un ou une membre du personnel infirmier autorisé a confirmé que les récipients à ordures pour l'ÉPI se sont toujours trouvés à l'extérieur des chambres des personnes résidentes.

Selon le Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI), novembre 2012, lorsque l'interaction pour laquelle l'ÉPI a été utilisé est terminée, l'ÉPI devrait être retiré immédiatement et éliminé.

Ne pas mettre en œuvre les lignes directrices des pratiques exemplaires concernant le retrait de l'ÉPI augmente le risque de transmettre l'agent infectieux et a mis les personnes résidentes à risque d'infection.

**Sources** : observation, entretien avec le personne et examen du CCPMI (2012).

**Le titulaire du permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 31 janvier 2025.**

## INFORMATIONS POUR UNE RÉVISION/UN 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 :

**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 West, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

- 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  
Ministère des Soins de longue durée  
438, avenue University, 8<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario) M7A 1N3  
courriel : [MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca](mailto:MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca)

Si la signification se fait :

- a) par courrier recommandé, elle est réputée être faite le cinquième jour qui suit le jour de l'envoi;
- b) par courriel, elle est réputée être faite le lendemain, si le document a été signifié après 16 heures;
- c) par messagerie commerciale, elle est réputée être faite le deuxième jour ouvrable après le jour où la messagerie commerciale reçoit le document.

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 réexamen présentée par le titulaire de permis, le ou les présents ordres et le présent avis de pénalité administrative sont réputés confirmés par le directeur et, aux fins d'un appel interjeté devant la CARSS, le directeur est réputé avoir signifié au titulaire de permis une copie de ladite décision à l'expiration du délai 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 (par. 155) ou l'APA (par. 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

**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 West, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

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.

**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 (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<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario) M7A 1N3  
courriel : [MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca](mailto: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](http://www.hsarb.on.ca).