

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^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

**Rapport public modifié
Page de couverture (A1)**

Date d'émission du rapport modifié : 18 octobre 2024	
Date d'émission du rapport d'origine : 7 octobre 2024	
Numéro d'inspection : 2024-1409-0003 (A1)	
Type d'inspection : Plainte Incident critique Suivi	
Titulaire de permis : Extendicare (Canada) Inc.	
Foyer de soins de longue durée et ville : Extendicare Port Hope, Port Hope	
Modifié par	Signature numérique de l'inspectrice/l'inspecteur qui a modifié le rapport

RÉSUMÉ D'INSPECTION MODIFIÉ

Ce rapport a été modifié ainsi :

Ordre de conformité no 002 - Partie six de l'Ordre modifiée pour préciser qui doit effectuer les vérifications et de quelle manière ainsi que les dossiers à conserver

Ordre de conformité no 003 - Date d'échéance de conformité modifiée

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^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Rapport public modifié (A1)

Date d'émission du rapport modifié : 18 octobre 2024	
Date d'émission du rapport d'origine : 7 octobre 2024	
Numéro d'inspection : 2024-1409-0003 (A1)	
Type d'inspection : Plainte Incident critique Suivi	
Titulaire de permis : Extendicare (Canada) Inc.	
Foyer de soins de longue durée et ville : Extendicare Port Hope, Port Hope	
Inspectrice principale/Inspecteur principal	Autre(s) inspectrice(s) ou inspecteur(s)
Modifié par	Signature numérique de l'inspectrice/l'inspecteur qui a modifié le rapport

RÉSUMÉ D'INSPECTION MODIFIÉ

Ce rapport a été modifié pour :
Ordre de conformité n° 002 - Partie six de l'Ordre modifiée pour préciser qui doit effectuer les vérifications et de quelle manière ainsi que les dossiers à conserver
Ordre de conformité n° 003 - Date d'échéance de conformité modifiée

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 11 au 13 septembre 2024, du 16 au 20 septembre 2024, et du 24 au 25 septembre 2024.

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

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

Les inspections concernaient :

- Une plainte liée des soins et à des services de soutien Une plainte liée des soins inadéquats
- Une plainte liée aux droits des personnes résidentes, à la prévention des mauvais traitements et au programme de soins
- Une plainte liée aux chutes et aux transferts
- Une plainte liée des mauvais traitements infligés à des personnes résidentes par le personnel.
- Une plainte liée une éclosion.
- Une plainte liée des soins inadéquats administrés à une personne résidente
- Une plainte liée la chute d'une personne résidente
- Une plainte liée une éclosion.
- Une plainte liée la chute d'une personne résidente

L'inspection de suivi concernait :

- Une plainte liée au service de restauration et de collation

L'inspection effectuée concernait :

- Une plainte liée la chute d'une personne résidente
- Une plainte liée à de mauvais traitements d'ordre verbal
- Une plainte liée à de mauvais traitements d'ordre physique

Ordres de conformité délivrés antérieurement

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

Ordre n° 001 de l'inspection n° 2024-1409-0001 relativement à la disposition 79(1)9) du Règl. de l'Ont. 246/22

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

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

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)
Droits et choix des résidents (Residents' Rights and Choices)
Rapport et plaintes (Reporting and Complaints)
Prévention et gestion des chutes (Falls Prevention and Management)

RÉSULTATS MODIFIÉS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : PROGRAMME DE SOINS

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

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

Programme de soins

par. 6 (7) Le titulaire de permis veille à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis au résident, tel que le précise le programme.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne résidente reçoive les soins prévus dans son programme de soins relativement aux interventions contre les chutes de la personne résidente.

Justification et résumé

Un rapport d'incident critique (RIC) a été soumis au directeur. La personne résidente a fait une chute sans témoin qui a causé une blessure et a considérablement modifié son état de santé.

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^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

L'examen des dossiers cliniques indiquait que la personne résidente avait fait plusieurs chutes au cours d'une période déterminée. Le programme de soins écrit identifiait des interventions et de l'équipement de prévention contre les chutes.

Plusieurs observations ont révélé que le foyer n'avait pas fourni l'équipement d'intervention contre les chutes comme indiqué dans le programme de soins écrit.

Ne pas fournir l'intervention de prévention contre les chutes comme le précise le programme de soins écrit a augmenté le risque de blessure postérieure à une chute pour la personne résidente.

Sources : dossiers cliniques et observations.

AVIS ÉCRIT : LORS D'UNE RÉÉVALUATION, UNE RÉVISION EST REQUISE

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

Non-respect de : la disposition 6 (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 les programmes de soins de deux personnes résidentes soient examinés et révisés lorsque leurs besoins en matière de soins ont changé.

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^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

1. Justification et résumé

Un RIC a été soumis au directeur ou à la directrice relativement à la chute d'une personne résidente, causant une blessure et entraînant un changement considérable de son état de santé.

Un examen des dossiers cliniques de la personne résidente a révélé que les dossiers cliniques n'avaient pas été mis à jour pour refléter les recommandations du ou de la physiothérapeute sur les changements de position. Les dossiers cliniques indiquaient que la fréquence de changement de position pour la personne résidente était mise en œuvre. Le personnel a indiqué ne pas examiner les programmes de soins de la personne résidente et ne pas avoir

Le ou la DASI a confirmé que lors d'un mois déterminé, conformément à l'ordonnance du médecin, la personne résidente devait être changée de position toutes les deux heures, et cela était indiqué dans le programme de soins de la personne résidente ainsi que dans les tâches de POC.

Ne pas veiller, lorsque les besoins en matière de soins de la personne résidente ont changé, à ce que le programme de soins soit passé en revue et révisé a mis la personne résidente à risque accru de développer des plaies de pression.

Sources : Dossiers de santé, et entretiens avec le personnel.

2. Justification et résumé

Une plainte a été reçue par le directeur ou la directrice concernant les nombreuses chutes de la personne résidente.

Un examen des dossiers cliniques indiquait qu'un ensemble d'interventions de prévention des chutes se trouvait dans le programme de soins.

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

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

Le personnel a indiqué que la personne résidente avait des interventions de prévention des chutes en place, mais que ces interventions n'étaient pas incluses dans le programme de soins écrit. Lorsque le programme de soins de la personne résidente n'a pas été passé en revue et révisé alors que les besoins en matière de soins avaient changé, le personnel n'a pas été tenu informé des besoins de la personne résidente.

Sources : dossiers cliniques, et entretien avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : POLITIQUE VISANT À PROMOUVOIR LA TOLÉRANCE ZÉRO

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 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 de permis n'a pas veillé à ce que la politique écrite visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence à l'égard des personnes résidentes soit respectée, particulièrement pour ce qui est de faire rapport au directeur ou à la directrice et de signaler au superviseur ou à la superviseure lorsqu'il y a eu une allégation de mauvais traitements au sujet d'une personne résidente.

Justification et résumé

Une plainte a été soumise au directeur ou à la directrice concernant

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^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

le visiteur ou la visiteuse de la personne résidente lorsque le ou la mandataire spécial(e) n'a pas donné son consentement.

Un examen du dossier clinique de la personne résidente a indiqué que le ou la mandataire ne voulait pas que le visiteur ou la visiteuse rende visite à la personne résidente, car il ou elle craignait que le visiteur ou la visiteuse soit une menace pour le bien-être de la personne résidente.

Le personnel a indiqué que le visiteur ou la visiteuse avait maltraité la personne résidente verbalement lorsque cette personne l'a visitée. Le personnel a indiqué avoir signalé l'incident.

L'administrateur ou l'administratrice et le ou la DASI ont indiqué qu'aucune enquête n'avait été faite, puisqu'ils n'avaient pas été informés de l'allégation de mauvais traitements.

La politique du foyer indiquait qu'un ou une employé(e) ou une personne qui prend connaissance de mauvais traitements ou de négligence allégués, soupçonnés ou observés à l'égard de la personne résidente doit le signaler immédiatement à l'administrateur ou l'administratrice/la personne déléguée/le ou la gestionnaire direct(e) ou, en cas d'indisponibilité, au superviseur ou à la superviseuse du plus haut niveau du quart de travail à ce moment-là et qu'en Ontario, quiconque soupçonne ou observe des mauvais traitements doit communiquer avec le ministère des Soins de longue durée (directeur ou directrice) par le biais de la Ligne Action. Aucun rapport n'a été soumis au directeur ou à la directrice à la suite de cet incident.

Du fait de ne pas avoir fait rapport, aucune enquête n'a eu lieu, ce qui a mis la personne résidente à risque de subir d'autres mauvais traitements.

Sources : notes cliniques, LTCHomes.net, Zero Tolerance of Resident Abuse and Neglect Policy [politique sur la tolérance zéro en matière

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^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

de mauvais traitements et de négligence à l'égard des personnes résidentes], et entretiens avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Rapport et plaintes

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 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.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le directeur ou la directrice soit immédiatement informé(e) d'une allégation de mauvais traitement infligé à une personne résidente par le personnel.

Justification et résumé

Un IC a été communiqué au directeur ou à la directrice indiquant une allégation de mauvais traitement infligé à une personne résidente par le personnel.

Les notes d'enquête du foyer indiquaient qu'un mauvais traitement infligé à une personne résidente par le personnel s'était produit au cours d'un mois déterminé. Les notes révélaient également que le personnel n'avait pas signalé immédiatement l'allégation de mauvais traitement par peur de représailles.

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^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Le personnel a admis ne pas avoir signalé immédiatement l'incident au foyer. Le ou la DASI du foyer a confirmé que l'allégation de mauvais traitement infligé à la personne résidente aurait dû être signalée immédiatement au directeur ou à la directrice.

Ne pas signaler immédiatement les allégations de mauvais traitement infligé à une personne résidente a mis les personnes résidentes à risque accru de préjudices découlant d'autres incidents.

Sources : notes d'enquête du foyer, et entretiens avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : PROGRAMMES OBLIGATOIRES

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

Non-respect de : 53 (1) 1 du Règl. de l'Ont. 246/22.

Programmes obligatoires

Par. 53 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soient élaborés et mis en œuvre au foyer les programmes interdisciplinaires suivants :

1. Un programme de prévention et de gestion des chutes visant à diminuer le nombre de chutes et les risques de blessure.

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé aux outils de surveillance qui font partie du programme de prévention et de gestion des chutes visant à diminuer le nombre de chutes et les risques de blessure.

Conformément à la disposition 11 (1) b) du Règlement de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis est tenu de s'assurer qu'il existe un programme de prévention et de gestion des chutes visant à réduire le risque de chutes, et de le respecter.

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^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Plus précisément, le personnel n'a pas respecté l'exigence du programme afin de remplir la routine de soins pour traumatismes crâniens (HIR) après les chutes sans témoins d'une personne résidente.

Justification et résumé

Une plainte a été soumise au directeur ou à la directrice concernant une personne résidente qui avait fait plusieurs chutes.

Un examen des dossiers cliniques a indiqué que la personne résidente avait fait plusieurs chutes et nécessitait qu'un outil de surveillance clinique, aussi connu sous le nom de routine de soins en cas de traumatisme crânien (HIR), soit rempli. Pour toutes les chutes, la HIR était incomplète ou n'y en avait pas du tout. Plusieurs chutes ne comportaient pas de vérifications cliniques.

La politique du FSLD sur les chutes indiquait que le dossier de surveillance clinique (HIR) devait être rempli si la personne résidente se heurte la tête ou s'il y a un soupçon que sa tête a été heurtée.

Le personnel a reconnu que les HIR n'étaient pas remplies.

Par le fait de ne pas remplir la HIR, il y avait un risque que la personne résidente ne soit pas surveillée adéquatement après chaque chute dans témoins.

Sources : outils de surveillance clinique, politique du foyer, entretien avec le personnel

AVIS ÉCRIT : Programmes obligatoires

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 54 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22
Prévention et gestion des chutes

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

33, rue King West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

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

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au programme de prévention des chutes pour une personne résidente, comme fournir des stratégies afin de diminuer ou d'atténuer les chutes.

Justification et résumé

Un RIC a été soumis au directeur ou à la directrice. La personne résidente a fait une chute, causant une blessure qui a considérablement modifié l'état de santé de la personne résidente. Une personne résidente a fait deux chutes sans témoin. Dans les deux cas, la personne résidente était assise et a été découverte au sol par le personnel.

L'observation a permis de constater qu'aucune intervention de prévention des chutes n'était en place pour remédier au risque identifié de la personne résidente.

Le personnel a confirmé que le positionnement de la personne résidente était un facteur contributif. Le personnel autorisé a confirmé que le foyer n'avait pas élaboré de programme individuel qui abordait les principales causes des chutes, y compris le fait que les interventions n'étaient pas en place.

Ne pas veiller à ce que les interventions de prévention des chutes fournies pour les stratégies afin de diminuer

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^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Source : dossiers cliniques, entretien avec le personnel, et observations.

AVIS ÉCRIT : ÉVALUATION POSTÉRIEURE À UNE CHUTE

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

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

Prévention et gestion des chutes

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente victime d'une chute soit évaluée et à ce qu'une évaluation postérieure à sa chute soit effectuée à l'aide d'un outil d'évaluation approprié sur plan clinique conçu expressément pour les chutes.

Justification et résumé

Un RIC a été soumis au directeur ou à la directrice. La personne résidente a fait une chute qui a considérablement changé son état de santé.

Un examen des dossiers cliniques a révélé que la personne résidente avait fait une chute; lorsqu'elle a été découverte au sol, la personne résidente a déclaré s'être heurté la tête. Le titulaire de permis n'a pas rempli d'évaluation postérieure à la chute à l'aide d'un outil d'évaluation approprié sur plan clinique conçu expressément pour les chutes.

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

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

Plusieurs membres du personnel ont confirmé ne pas avoir rempli d'évaluation postérieure à la chute à l'aide d'un outil d'évaluation approprié sur plan clinique conçu expressément pour les chutes lorsque la personne résidente a été découverte au sol.

Lorsque l'outil d'évaluation postérieure à la chute n'a pas été rempli, cela représentait un risque de ne pas identifier et mettre en œuvre les approches de soins appropriées pour la personne résidente ainsi que des mesures de prévention des chutes efficaces.

Source : dossiers cliniques, et entretien avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : SOINS DE LA PEAU ET DES PLAIES

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

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

Soins de la peau et des plaies

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

- a) le résident dont l'intégrité épidermique risque d'être altérée se fait évaluer la peau par une personne autorisée visée au paragraphe (2.1) :
- (ii) dès son retour de l'hôpital, le cas échéant.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne résidente reçoive une évaluation appropriée par une personne autorisée à son retour de l'hôpital.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne résidente reçoive une évaluation de la peau lors de sa réadmission au foyer.

Justification et résumé

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^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Un RIC a été soumis au directeur ou à la directrice relativement à la chute d'une personne résidente qui a causé une blessure et entraîné un changement considérable de son état de santé.

Un examen des dossiers cliniques a permis de constater que la personne résidente a fait une chute avec blessure. Un examen des évaluations a confirmé que la personne résidente n'avait pas reçu d'évaluation de la peau.

Le ou la DASI a confirmé que la personne résidente aurait dû avoir une évaluation de la peau. La personne résidente, qui était alitée conformément à l'ordonnance du médecin, refusait les changements de position en raison de la douleur et elle était à risque de déchirures de la peau.

Un examen de dossier a confirmé que la personne résidente avait fait une chute et qu'elle continuait à éprouver de l'inconfort. L'examen des évaluations a confirmé que la personne résidente n'a pas reçu d'évaluation de la peau lors de sa réadmission au foyer.

Le ou la DASI a confirmé que la personne résidente aurait dû recevoir une évaluation de la peau lors de sa réadmission au foyer.

Ne pas veiller à ce que la personne résidente reçoive, lors de sa réadmission, une évaluation de la peau a mis la personne résidente à risque accru d'avoir un diagnostic de blessure retardé.

Sources : Dossiers de santé, entretien avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : SOINS ALIMENTAIRES ET HYDRATATION

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

Non-respect de : de la disposition 74 (2) (d) du Règl. de l'Ont. 246/22

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

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

Programme de soins alimentaires et d'hydratation

Par. 74 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les programmes comprennent ce qui suit :

(b) le recensement des risques liés aux soins alimentaires, aux services de diététique et à l'hydratation.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le système surveille et évalue l'ingestion d'aliments et de liquides.

Justification et résumé

Une plainte a été soumise au directeur ou à la directrice concernant une personne résidente qui avait été évaluée tardivement par le ou la diététiste lorsque l'ingestion d'aliments et de liquides de la personne résidente a diminué.

La Food and Fluid intake monitoring policy [politique sur la surveillance de l'ingestion d'aliments et de liquides] du foyer exigeait que le personnel autorisé tienne compte de toutes les autres sources de consommation de liquides et fasse une note d'évolution indiquant pourquoi l'évaluation sur l'hydratation n'avait pas été remplie. Cela a été noté dans les notes d'évolution pendant la période déterminée. Cette information a été confirmée par le personnel.

La Food and Fluid intake monitoring policy [politique sur la surveillance de l'ingestion d'aliments et de liquides] du FSLD indiquait de diriger la personne résidente vers le ou la Dt. P. si la consommation des aliments était inférieure à 50 % pendant trois jours consécutifs. Aucun aiguillage n'a été fait pour les périodes précises.

Lors des entretiens, le personnel a indiqué que la personne résidente refusait constamment la nourriture.

Par le fait de ne pas consigner dans les notes d'évolution sur l'hydratation ou de ne pas diriger la personne résidente vers le ou la

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^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Dt. P. en raison de la diminution de son ingestion d'aliments, il y avait un risque que la personne résidente ne reçoive pas d'intervention précoce.

Sources : dossiers cliniques, Food and Fluid policy [politique sur les aliments et les liquides] du foyer, entretiens avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : DIÉTÉTISTE AGRÉÉ

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

Non-respect de : la disposition 80 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Diététiste agréé

Le titulaire de permis veille à ce qu'un diététiste agréé qui fait partie du personnel du foyer soit présent au foyer pendant au moins 30 minutes par mois pour chaque résident afin d'exercer des fonctions liées aux soins cliniques et aux soins alimentaires.

Le titulaire de permis n'a pas veillé qu'un ou une diététiste agréé(e) qui fait partie du personnel du foyer soit présent au foyer pendant au moins 30 minutes par mois pour chaque personne résidente afin d'exercer des fonctions liées aux soins cliniques et aux soins alimentaires.

Justification et résumé

Une plainte a été reçue par le directeur ou la directrice concernant l'évaluation tardive du ou de la diététiste lorsque la personne résidente a réduit son ingestion d'aliments et de liquides.

Un examen des dossiers cliniques indiquait que l'évaluation initiale de la personne résidente avait été faite à distance par le ou la Dt. P.

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^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

L'administrateur ou l'administratrice a indiqué à l'inspecteur ou l'inspectrice que le FSLD disposait d'un ou une Dt. P. virtuel(le). Le ou la Dt. P. a indiqué être le ou la Dt. P. virtuel(le) pour le foyer lors de la période déterminée et qu'il ou elle ne se trouvait pas sur place.

Par le fait de ne pas avoir de Dt. P. sur place, il peut y avoir eu un risque de retard dans l'évaluation des personnes résidentes en personne.

Sources : Examen de dossier clinique, courriel de l'administrateur ou l'administratrice, et entretiens avec le personnel.

ORDRE DE MISE EN CONFORMITÉ N° 001 – FORMATION ET ORIENTATION

Problème de conformité n° 011 – ordre de mise en conformité aux termes de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 82 (2) 9 de la LRSLD (2021).

Formation

Par. 82 (2) Le titulaire de permis veille à ce qu'aucune personne visée au paragraphe (1) n'assume ses responsabilités avant d'avoir reçu une formation dans les domaines mentionnés ci-dessous :

9. La prévention et le contrôle des infections.

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

Le titulaire de permis doit s'assurer que :

1. Que la responsable de la PCI élabore et mette en œuvre un processus pour former tous les membres du personnel d'agence en matière de la prévention et le contrôle des infections (PCI) avant que la personne assume ses responsabilités ou au plus tard une semaine après sa date

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^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

d'embauche pour qu'elle effectue ses tâches dans le cas d'une urgence.

2. De documenter la formation, y compris la date, le nom et le titre des membres du personnel d'agence formés ainsi le nom que du ou de la membre du personnel qui a fourni la formation.

3. Qu'un dossier écrit est conservé concernant le contenu de la formation en matière de PCI qui a été fournie au personnel d'agence. Ce dossier doit être immédiatement fourni à l'inspecteur ou l'inspectrice à sa demande.

Motifs

Tel que défini à la disposition 80 (2) de la LRSLD (2021), « personnel d'agence » désigne le personnel qui travaille au foyer de soins de longue durée conformément à un contrat que concluent le titulaire de permis et une agence de placement ou un autre tiers.

Conformément à la disposition 82 (3) de la LRSLD (2021), le paragraphe (2) ne s'applique pas dans les situations d'urgence ou dans des circonstances exceptionnelles et imprévues, auquel cas la formation visée à ce paragraphe doit être offerte au plus tard une semaine après que la personne commence à assumer ses responsabilités.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel d'agence qui travaille dans le foyer de soins de longue durée (FSLD) reçoive une formation en matière de PCI avant que la personne assume ses responsabilités ou au plus tard une semaine après sa date d'embauche pour qu'elle effectue ses tâches.

Justification et résumé

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^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

L'inspecteur ou l'inspectrice a mis en œuvre une inspection obligatoire de PCI, conformément à la Liste de vérification en matière de PCI.

Un examen du dossier de l'Annual IPAC Program Evaluation [évaluation annuelle du programme de PCI] du foyer a confirmé que le foyer avait identifié une tendance selon laquelle les membres du personnel d'agence ne recevaient pas la formation en matière de PCI avant leur premier quart de travail. Le document d'évaluation indiquait que des mesures étaient requises pour s'assurer que les membres du personnel d'agence aient reçu la formation avant leur premier quart de travail et la date de réalisation pour cette action n'avait pas été remplie.

La responsable de la PCI a en outre confirmé une lacune de formation concernant les membres du personnel d'agence recevant la formation sur la PCI avant leur premier quart de travail, comme le décrit l'IPAC Program Evaluation [évaluation du programme de PCI] du foyer. La responsable de la PCI a confirmé qu'elle ne savait pas si le foyer avait mis en œuvre un processus pour s'assurer que les membres du personnel d'agence reçoivent la formation sur la PCI avant leur premier quart de travail. Par ailleurs, la responsable de la PCI a confirmé que les infirmiers et infirmières responsables avaient la responsabilité de s'assurer que les membres du personnel d'agence reçoivent la formation sur la PCI avant leur premier quart de travail et qu'elle ne savait pas si une communication ou une directive avait été fournie aux infirmiers et infirmières responsables.

Un infirmier ou une infirmière responsable a confirmé que lorsque le foyer subissait un manque de personnel, nécessitant le recours au personnel d'agence, les infirmiers et infirmières responsables avaient la responsabilité de communiquer avec l'agence pour organiser le remplacement du personnel. L'infirmier ou l'infirmière responsable a confirmé qu'il ou elle n'était pas au courant d'un processus ou d'une directive quant à la responsabilité de l'infirmier ou de l'infirmière responsable de s'assurer que les membres du personnel d'agence ont reçu la formation sur la PCI avant leur premier quart de travail. L'infirmier ou l'infirmière responsable a passé en revue le Charge

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^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Nurse Communication Binder [Cartable des communications de l'infirmier ou l'infirmière responsable] et a en outre confirmé qu'il n'y a pas de communication ou de directive sur la responsabilité de l'infirmier ou de l'infirmière responsable afin de s'assurer que les membres du personnel d'agence ont reçu la formation sur la PCI avant leur premier quart de travail. L'infirmier ou l'infirmière responsable a d'ailleurs confirmé qu'il ou elle supposait que les membres du personnel d'agence recevaient toutes les formations obligatoires, y compris celle sur la PCI, avant leur premier quart de travail.

Ne pas veiller à ce que les membres du personnel d'agence qui travaillent dans le FSLD aient reçu la formation en matière de PCI avant d'assumer leurs responsabilités ou, dans le cas d'une urgence, au plus tard une semaine après qu'ils commencent à assumer leurs responsabilités a mis les personnes résidentes à risque accru d'éclosions de maladies.

Sources : RIC, Liste de vérification en matière de PCI, Annual IPAC Program Evaluation [évaluation annuelle du programme de PCI] du foyer, et entretiens avec le personnel.

Le titulaire du permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 2 décembre 2024.

(A1) Le problème de conformité suivant a été modifié :

ORDRE DE CONFORMITÉ n° 002 – PROGRAMME DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE DES INFECTIONS

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

Non-respect de : la disposition 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

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^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

prévention et du contrôle des infections. Par. 102 (2) du Règl. de
l'Ont. 246/22

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

Le titulaire de permis doit s'assurer que :

1. La responsable de la PCI effectuera des vérifications mensuelles concernant l'adhésion du personnel aux quatre moments de l'hygiène des mains.
2. Un dossier écrit de toutes les vérifications mensuelles effectuées est conservé, ce qui comprend le nom de la personne vérificatrice et son titre, la date et l'heure de la vérification, les noms et le titre des membres du personnel faisant l'objet de la vérification, ainsi que toute mesure prise, y compris la formation fournie. Ce dossier doit être immédiatement fourni à l'inspecteur ou l'inspectrice à sa demande.
3. Ses politiques et procédures sur la PCI, relatives aux vérifications en matière de PCI, sont à jour et conformes aux normes ou protocoles délivrés par le directeur ou la directrice, en particulier que le programme sur l'hygiène des mains du foyer comprend des vérifications mensuelles concernant l'adhésion du personnel aux quatre moments de l'hygiène des mains.
4. Conformément à la Norme de PCI n° le titulaire de permis veille à ce que l'approche d'équipe interdisciplinaire sur laquelle se fondent la coordination et la mise en œuvre du programme de PCI fasse participer le conseil des résidents et le conseil des familles, selon le cas, concernant les activités relatives à l'évaluation et à la qualité du programme de PCI. Le ou les conseils doivent notamment formuler des conseils sur les améliorations à apporter au programme. Cela doit comprendre les avis du ou des conseil(s) sur les améliorations à apporter au programme.
5. Ses politiques et procédures sur la PCI, relatives à la Annual IPAC Program Evaluation [évaluation annuelle du programme de PCI] du foyer,

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^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

sont à jour et conformes aux normes ou protocoles délivrés par le directeur ou la directrice, en particulier de faire participer le conseil des résidents et le conseil des familles, selon le cas, concernant les activités relatives à l'évaluation et à la qualité du programme de PCI. Cela doit comprendre les avis du ou des conseil(s) sur les améliorations à apporter au programme.

6. La responsable de la PCI ou la personne désignée formée effectuera des vérifications concernant, au minimum, un membre du personnel pour chaque rôle au sein de chaque département pour chaque quart de travail (jour, soir et nuit), y compris les jours de semaine ainsi que de fin de semaine et les fériés, pour vérifier que les membres du personnel mettent en pratique les compétences exigées en matière de PCI dans le cadre de leurs fonctions. Tenir un dossier écrit de la formation fournie aux personnes désignées formées sur la manière exacte d'effectuer une vérification, y compris le nom de la personne, son rôle et la date à laquelle la formation a été suivie. Un dossier écrit de toutes les vérifications effectuées est conservé, ce qui comprend le nom de la personne vérificatrice et son titre, la date et l'heure de la vérification, ainsi que les noms, le titre ou le rôle et le département des membres du personnel faisant l'objet de la vérification, ainsi que toute mesure prise, y compris la formation fournie. Ce dossier doit être immédiatement fourni à l'inspecteur ou l'inspectrice à sa demande.

7. Un dossier écrit de toutes les vérifications effectuées est conservé, ce qui comprend le nom de la personne vérificatrice et son titre, la date et l'heure de la vérification, ainsi que les noms, le titre ou le rôle et le département des membres du personnel faisant l'objet de la vérification, ainsi que toute mesure prise, y compris la formation fournie. Ce dossier doit être immédiatement fourni à l'inspecteur ou l'inspectrice à sa demande.

Motifs

1. Selon la Norme de PCI n° 10.4 d), le titulaire de permis s'assure que le programme d'hygiène des mains prévoit des vérifications

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^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

mensuelles de l'adhésion du personnel aux quatre moments de l'hygiène des mains.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme d'hygiène des mains du foyer comprenne des vérifications mensuelles de l'adhésion des membres du personnel aux quatre moments de l'hygiène des mains.

Justification et résumé

L'inspecteur ou l'inspectrice a effectué une inspection obligatoire sur la PCI, conformément à la Liste de vérification en matière de PCI.

L'examen de dossier des documents d'auto-évaluation du foyer en matière de PCI, pour des dates déterminées, indiquait qu'il n'y avait pas eu d'observations de l'adhésion du personnel aux quatre moments de l'hygiène des mains.

Un examen de dossier des documents d'auto-évaluation du foyer en matière de PCI pour une date déterminée indiquait qu'il y avait une observation de l'hygiène des mains pour un ou une membre du personnel au point d'intervention et que la formation avait été fournie au ou à la membre du personnel pour nettoyer ses mains avant d'entrer dans la chambre de la personne résidente.

L'inspecteur ou l'inspectrice a demandé que le foyer fournisse ses vérifications mensuelles sur l'hygiène des mains qui avaient été effectuées pour s'assurer de l'adhésion du personnel aux quatre moments de l'hygiène des mains. Elles n'ont pas été fournies.

La responsable de la PCI a confirmé qu'elle avait la responsabilité d'effectuer les vérifications en matière de PCI du foyer. La responsable de la PCI a confirmé que le foyer n'effectue pas de vérifications mensuelles de l'hygiène des mains concernant de l'adhésion aux quatre moments de l'hygiène des mains par le personnel.

Ne pas veiller à ce que le programme de PCI comprenne des vérifications mensuelles de l'adhésion du personnel aux quatre moments

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^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

de l'hygiène des mains a augmenté le risque d'éclosions de maladies dans le foyer.

Sources : liste de vérification en matière de PCI, auto-évaluations du foyer en matière de PCI, et entretiens avec le personnel.

2. Conformément à la Norme de PCI n° 2.7, le titulaire de permis veille à ce que l'approche d'équipe interdisciplinaire sur laquelle se fondent la coordination et la mise en œuvre du programme de PCI fasse participer le conseil des résidents et le conseil des familles, selon le cas, concernant les activités relatives à l'évaluation et à la qualité du programme de PCI. Le ou les conseils doivent notamment formuler des conseils sur les améliorations à apporter au programme.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de PCI fasse participer les conseils des résidents et des familles, selon le cas, aux activités relatives à l'évaluation et à la qualité du programme de PCI.

Justification et résumé

Le directeur ou la directrice a reçu deux RIC relativement à des éclosions de maladies.

Un examen de dossier des notes des conseils des résidents et des familles du foyer confirmait qu'il y en a eu une. Un examen de dossier des procès-verbaux du conseil des résidents du foyer pour des dates déterminées confirmait que le conseil n'avait pas été consulté, qu'on ne lui avait pas demandé de participer, et qu'il n'avait pas participé à l'évaluation du programme de PCI du foyer à une date déterminée.

La responsable de la PCI a confirmé que les documents 2024 IPAC Program Evaluation [évaluation du programme de PCI 2024] étaient à jour et comprenaient tous les noms des participants à l'évaluation. La responsable de la PCI a confirmé que les conseils des résidents et des familles n'avaient pas participé à la 2024 IPAC Program Evaluation [évaluation du programme de PCI 2024] du foyer.

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^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Ne pas veiller à ce que le programme de PCI fasse participer le conseil des résidents et le conseil des familles, selon le cas, aux activités relatives à l'évaluation et à la qualité du programme de PCI a mis les personnes résidentes à risque accru d'éclosions de maladies.

Sources : les RIC, l'IPAC Program Overview Policy [politique de présentation du programme de PCI] évaluation du programme de PCI] du foyer, procès-verbal de réunion du conseil des résidents, et entretiens avec le personnel.

3. Conformément à la Norme de PCI n° 7.3 b), le titulaire de permis veille à ce que la personne responsable de la PCI s'assure que des vérifications sont régulièrement effectuées (au moins une fois tous les trimestres) pour vérifier que tous les membres du personnel mettent en pratique les compétences exigées en matière de PCI dans le cadre de leurs fonctions

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des vérifications soient effectuées régulièrement, au moins une fois par trimestre, pour vérifier que tous les membres du personnel mettent en pratique les compétences exigées en matière de PCI dans le cadre de leurs fonctions.

Justification et résumé

L'inspecteur ou l'inspectrice a effectué une inspection obligatoire sur la PCI, conformément à la Liste de vérification en matière de PCI.

L'examen de dossier des auto-évaluations trimestrielles du foyer en matière de PCI a confirmé que le foyer n'effectuait pas, au moins une fois par trimestre, de vérification 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.

La responsable de la PCI a confirmé qu'elle est responsable d'effectuer les vérifications du foyer en matière de PCI. La responsable de la PCI a confirmé que le foyer n'effectuait pas de vérifications pour s'assurer que tous les membres du personnel mettent

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^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

en pratique les compétences exigées en matière de PCI dans le cadre de leurs fonctions.

Ne pas effectuer de vérification régulière, au moins chaque trimestre, 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 a mis le foyer à risque accru d'éclosions de maladies.

Sources : liste de vérification en matière de PCI, autovérifications du foyer en matière de PCI, et entretiens avec le personnel.

Le titulaire du permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 2 décembre 2024.

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

AVIS DE PÉNALITÉ ADMINISTRATIVE (APA)

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

Avis de pénalité administrative (APA) n° 001

Lié à l'ordre de conformité n° 002)

En vertu de l'article 158 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*, le titulaire de permis doit payer une pénalité administrative de 11000,00\$, à verser dans les 30 jours suivant la date de la facture.

Conformément aux paragraphes 349(6) et (7) du Règl. de l'Ont. 246/22, cette pénalité administrative est émise au titulaire de permis qui ne s'est pas conformé à une exigence, entraînant un ordre de mise en conformité aux termes de l'article 155 de la Loi et pendant les trois ans immédiatement avant la date d'émission de cet ordre aux termes de l'article 155, le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la même exigence.

Historique de la conformité :

Problème de conformité n° 005 remis aux termes de la disposition 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22 le 24 juillet 2024,

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

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

APA de 5 500,00 \$ remis et date d'échéance de la mise en conformité au 18 octobre 2024.

Problème de conformité n° 003 remis aux termes de la disposition 102 2 b) du Règl. de l'Ont. 246/22 le 26 septembre 2023.

Avis d'écrit n° 003 remis aux termes de la disposition 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22 le 12 décembre 2022.

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

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

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

(A1) L'ordre de conformité suivant a été altéré : Ordre de conformité n° 003

ORDRE DE CONFORMITÉ n° 003 Programme de prévention et de contrôle des infections

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

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

Programme de prévention et de contrôle des infections

Par. 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).

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^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Le titulaire de permis doit s'assurer que :

1. Tous les membres du personnel autorisé reçoivent la formation sur la surveillance de tous les signes et symptômes d'une infection.
2. Tous les membres du personnel autorisé reçoivent une formation sur l'importance des symptômes indiquant la présence d'une infection chez une personne résidente, en s'assurant que ceux-ci sont surveillés et consignés au cours de chaque quart de travail et qu'une mesure immédiate est prise afin de réduire la transmission, d'isoler les personnes résidentes et de les placer en groupe si nécessaire. Plus précisément, toutes les personnes résidentes isolées pendant une éclosion de maladie dans le foyer.
3. La responsable de la PCI ou la personne désignée s'assure, en réalisant des vérifications hebdomadaires pendant six semaines, que la surveillance est effectuée par les membres du personnel autorisé au cours de chaque quart de travail, que les symptômes indiquant la présence d'infections chez les personnes résidentes sont surveillés et consignés, et que des mesures immédiates sont prises afin de réduire la transmission, d'isoler les personnes résidentes et de les placer en groupes si nécessaire.
4. Lorsque le foyer connaît une éclosion de maladie, la responsable de la PCI ou la personne désignée réalise des vérifications quotidiennes pour s'assurer au cours de chaque quart de travail que toutes les personnes résidentes isolées affectées au cours de l'éclosion sont surveillées conformément aux normes ou protocoles que le directeur ou la directrice délivre. Les vérifications sont effectuées pour la durée complète de l'éclosion.
5. Un dossier écrit de toutes les vérifications est conservé, qui comprend le nom de la personne vérificatrice et son titre, la date et l'heure de la vérification, les noms des personnes résidentes faisant l'objet de la vérification, leurs symptômes, et toute mesure prise. Ce dossier doit être immédiatement fourni à l'inspecteur ou l'inspectrice à sa demande.

Motifs

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^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les symptômes indiquant la présence d'une infection soient surveillés à chaque quart de travail pour deux personnes résidentes.

Justification et résumé

1. Un RIC a été reçu par le directeur ou la directrice concernant une éclosion de maladie.

Un examen de dossier de la liste de cas d'éclosion du foyer indiquait deux personnes résidentes qui étaient isolées pendant l'éclosion.

La responsable de la PCI a confirmé que toutes les personnes résidentes isolées, même asymptomatiques, devaient être surveillées au cours de chaque quart de travail pour des symptômes d'infection. La responsable de la PCI a confirmé que le personnel devait documenter cette surveillance dans les dossiers.

Un examen de dossiers des notes d'évolution d'une personne résidente pendant une période déterminée indiquait que la personne résidente a été placée en isolement à une date déterminée, a par la suite été admise à l'hôpital pour une période déterminée, puis est revenue au foyer et que l'isolement a pris à des dates déterminées. Un examen du dossier de la personne résidente a confirmé que celle-ci n'était pas surveillée à chaque quart de travail pour les symptômes d'infection à huit dates et quarts de travail déterminés.

Un examen de dossier des notes d'évolution de la deuxième personne résidente pendant une période déterminée indiquait que la personne résidente avait été placée en isolement et que l'isolement avait pris fin à des dates déterminées. Un examen du dossier de la personne résidente a confirmé que celle-ci n'était pas surveillée à chaque quart de travail pour les symptômes d'infection à huit dates et quarts de travail déterminés.

La responsable de la PCI a confirmé que les deux personnes résidentes n'ont pas été pas surveillées au cours de chaque quart de travail pour des symptômes indiquant la présence d'une infection pendant la durée de l'éclosion et que cela aurait dû être le cas.

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^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Ne pas veiller à ce que deux personnes résidentes soient surveillées au cours de chaque quart de travail pour les symptômes indiquant la présence d'une infection a mis la santé et le bien-être des personnes résidentes à risque.

Sources : Un RIC, dossiers de santé électroniques de deux personnes résidentes, et entretiens avec le personnel.

Justification et résumé

2. Un RIC a été reçu par le directeur ou la directrice concernant une éclosion de maladie.

Un examen de dossier de la liste de cas d'éclosion du foyer indiquait deux personnes résidentes qui étaient isolées pendant l'éclosion.

La responsable de la PCI a confirmé que toutes les personnes résidentes isolées, même asymptomatiques, devaient être surveillées au cours de chaque quart de travail pour des symptômes d'infection. La responsable de la PCI a confirmé que le personnel devait documenter cette surveillance dans les dossiers.

Un examen de dossier des notes d'évolution d'une personne résidente pendant une période déterminée indiquait que la personne résidente avait été placée en isolement et que l'isolement avait pris fin à des dates déterminées. Un examen des dossiers de la personne résidente a confirmé que celle-ci n'était pas surveillée à chaque quart de travail pour les symptômes indiquant la présence d'une infection pour une date et un quart de travail déterminés.

Un examen de dossier des notes d'évolution de la deuxième personne résidente pendant une période déterminée indiquait que la personne résidente avait été placée en isolement et que l'isolement avait pris fin à des dates déterminées. Un examen des dossiers de la personne résidente a confirmé que celle-ci n'était pas surveillée à chaque quart de travail pour les symptômes indiquant la présence d'une infection à trois dates et quarts de travail déterminés.

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^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

La responsable de la PCI a confirmé que les deux personnes résidentes n'ont pas été pas surveillées au cours de chaque quart de travail pour des symptômes indiquant la présence d'une infection pendant la durée de l'éclosion et que cela aurait dû être le cas.

Ne pas veiller à ce que deux personnes résidentes soient surveillées, au cours de chaque quart de travail pour les symptômes indiquant la présence d'une infection a mis la santé et le bien-être des personnes résidentes à risque.

Sources : un RIC, dossiers de santé électroniques de deux personnes résidentes, et entretiens avec le personnel.

Le titulaire du permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 31 décembre 2024.

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 :

a) les parties de l'ordre ou de l'APA pour lesquelles la révision est

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^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

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^e étage
Toronto (Ontario) M7A 1N3
courriel : 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

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^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

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 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 la santé

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

Directeur

a/s du coordonnateur des appels
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée
Ministère des Soins de longue durée
438, avenue University, 8^e étage
Toronto (Ontario) M7A 1N3
courriel : MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca

Dès réception, la CARSS accusera réception de votre avis d'appel et vous fournira des instructions concernant la procédure d'appel et

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^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

d'audience. Le titulaire de permis peut en savoir plus sur la CARSS en consultant le site Web www.hsarb.on.ca.