

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

## Rapport public initial

<b>Date d'émission du rapport :</b> 24 juillet 2024	
<b>Numéro d'inspection :</b> 2024-1409-0002	
<b>Type d'inspection :</b> Inspection proactive de la conformité	
<b>Titulaire de permis :</b> Extendicare (Canada) Inc.	
<b>Foyer de soins de longue durée et ville :</b> Extendicare Port Hope, Port Hope	
<b>Inspectrice principale ou inspecteur principal</b> L'inspectrice ou l'inspecteur	<b>Signature numérique de l'inspectrice ou de l'inspecteur</b>
<b>Autres inspectrices ou inspecteurs</b> L'inspectrice ou l'inspecteur	

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 18 au 21 et du 24 au 27 juin 2024

L'inspection concernait :  
Demande n° 00116918 – Inspection proactive de la conformité

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

- Prévention et gestion relatives aux soins de la peau et des plaies
- Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
- Conseils des résidents et des familles

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Alimentation, nutrition et hydratation  
Gestion des médicaments  
Prévention et contrôle des infections  
Foyer sûr et sécuritaire  
Prévention des mauvais traitements et de la négligence  
Amélioration de la qualité  
Droits et choix des personnes résidentes  
Gestion de la douleur  
Prévention et gestion des chutes

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### Problème de conformité corrigé

Un **problème de conformité** a été constaté lors de cette inspection et a été **corrigé** par le titulaire de permis avant la fin de l'inspection. L'inspectrice ou l'inspecteur a estimé que le problème de conformité répondait à l'intention du paragraphe 154 (2) et ne nécessitait pas d'action supplémentaire.

Problème de conformité n° 001 Corrigé en vertu du paragraphe 154 (2) de la *LRSLD* (2021).

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

Service de restauration et de collation

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

1. La communication des menus hebdomadaires et quotidiens aux résidents.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer offre un service de restauration et de collation qui comprend, au minimum, la communication des menus hebdomadaires et quotidiens aux personnes résidentes.

**Justification et résumé**

Une inspection proactive de la conformité menée au foyer de soins de longue durée comprenait des observations lors du service des repas. On a observé que les menus suivants étaient affichés dans une aire où mangent les personnes résidentes dans une section accessible aux personnes résidentes :

- Menu automne/hiver : Semaine 1 – du 13 au 19 novembre
- Menu automne/hiver : Semaine 2 – du 20 au 26 novembre
- Menu automne/hiver : Semaine 3 – du 27 novembre au 3 décembre

Des observations des menus hebdomadaires affichés ont eu lieu dans une autre section accessible aux personnes résidentes. Aucun menu n'était affiché sur le tableau blanc situé au bout du couloir et les menus d'automne et d'hiver affichés sur le tableau situé près de la dépense étaient datés de novembre et décembre.

Le gestionnaire des services de diététique du foyer a affirmé que la responsabilité d'afficher les menus hebdomadaires sur le tableau situé près de la dépense ou sur le tableau blanc au bout du couloir lui incombait. Il a reconnu que les menus hebdomadaires de la semaine en cours n'étaient pas affichés. Lors de l'observation de suivi, les menus hebdomadaires de la semaine en question étaient affichés.

Le fait de ne pas avoir communiqué le menu hebdomadaire aux personnes résidentes a eu une incidence sur le caractère agréable de leurs expériences lors des repas et des repas eux-mêmes.

**Sources :** Observations, entretien avec le gestionnaire des services de diététique.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : le 19 juin 2024

## **AVIS ÉCRIT : SONDAGE SUR L'EXPÉRIENCE DES RÉSIDENTS ET DE LEUR FAMILLE / FOURNISSEUR DE SOINS**

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

**Non-respect : du paragraphe 43 (4) de la *LRSLD* (2021)**

Sondage sur l'expérience des résidents et de leur famille / fournisseur de soins  
Paragraphe 43 (4) Le titulaire de permis demande conseil au conseil des résidents et au conseil des familles, s'il y en a un, pour ce qui est de réaliser le sondage et de donner suite aux résultats qui en découlent.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à demander conseil au conseil des résidents et au conseil des familles, s'il y en a un, pour la réalisation du sondage.

**Justification et résumé**

Dans un échange de courriels avec l'inspectrice ou l'inspecteur, le coordonnateur de la gestion des risques et de la qualité a mentionné que le foyer ne disposait pas de notes de réunion indiquant que le conseil des résidents avait examiné le sondage.

Le chef des programmes et le coordonnateur de la gestion des risques et de la qualité ont reconnu que le conseil des résidents n'avait pas examiné le sondage sur l'expérience des personnes résidentes et de leur famille et qu'il n'a pas eu l'occasion de conseiller le foyer et de lui présenter des suggestions avant la réalisation du sondage.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que les personnes résidentes et leur famille participent au sondage sur l'expérience des personnes résidentes et de leur famille ou fournisseur de soins a fait rater au foyer l'occasion de répondre aux attentes des personnes résidentes et de leur famille.

**Sources :** Échange de courriels, entretiens avec le chef des programmes et le coordonnateur de la gestion des risques et de la qualité.

## **AVIS ÉCRIT : POUVOIRS DU CONSEIL DES RÉSIDENTS**

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

### **Non-respect : du paragraphe 63 (3) de la *LRSLD* (2021)**

Pouvoirs du conseil des résidents

Paragraphe 63 (3) Si le conseil des résidents l'a informé de sujets de préoccupation ou de recommandations en vertu de l'une ou l'autre des dispositions 6 ou 8 du paragraphe (1), le titulaire de permis lui répond par écrit au plus tard 10 jours après avoir été informé de ces sujets de préoccupation ou recommandations.

Le titulaire de permis n'a pas répondu par écrit au conseil des résidents au plus tard 10 jours après que celui-ci l'ait informé de sujets de préoccupation ou de recommandations.

### **Justification et résumé**

Le foyer avait mis sur pied un comité sur l'alimentation des personnes résidentes. Un examen des notes de la plus récente réunion du comité sur l'alimentation a montré que celui-ci a présenté un certain nombre de sujets de préoccupation ou de recommandations.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

On n'a trouvé aucune réponse écrite jointe aux notes de réunion du comité sur l'alimentation des personnes résidentes relativement aux conseils donnés par ce comité.

Le gestionnaire des services de diététique a mentionné ne pas être au courant de l'obligation de répondre par écrit au comité sur l'alimentation des personnes résidentes au plus tard 10 jours après avoir reçu des conseils de sa part et que cette obligation serait respectée à l'avenir.

La politique du titulaire de permis sur le comité sur l'alimentation des personnes résidentes (*Resident Food Committee*) indiquait que la présence d'un tel comité au foyer encourageait les personnes résidentes à donner leur avis sur le menu et le service des repas. La politique indiquait qu'il fallait répondre par écrit à tous les commentaires et problèmes soulevés au cours de la réunion dans les 10 jours ouvrables suivant la réunion et que toutes les mesures prises pour résoudre ces problèmes devaient être consignées.

Le fait de ne pas avoir répondu par écrit au comité sur l'alimentation des personnes résidentes au plus tard 10 jours après avoir été informé de sujets de préoccupation ou de recommandations a eu une incidence sur l'évaluation de l'organisation du service des repas ainsi que sur le caractère agréable des expériences des personnes résidentes lors des repas et des repas eux-mêmes.

**Sources :** Examen des notes des réunions du comité sur l'alimentation des personnes résidentes, politique du titulaire de permis sur le comité sur l'alimentation des personnes résidentes, entretien avec le gestionnaire des services de diététique.

## **AVIS ÉCRIT : FORMATION**

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Problème de conformité n° 004 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : du paragraphe 82 (4) de la *LRSLD* (2021)**

Formation

Paragraphe 82 (4) Le titulaire de permis veille à ce que les personnes qui ont reçu la formation visée au paragraphe (2) se recyclent dans les domaines visés à ce paragraphe aux moments ou aux intervalles que prévoient les règlements.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) reçoive sa formation annuelle de recyclage sur la prévention et le contrôle des infections (PCI) conformément au paragraphe (2) exigeant une formation de recyclage dans les domaines visés à ce paragraphe aux moments ou aux intervalles que prévoient les règlements.

**Justification et résumé**

Dans le cadre de l'inspection proactive de la conformité du foyer, les pratiques en matière de PCI ont été examinées. L'inspectrice ou l'inspecteur a demandé à la directrice des soins de lui faire voir la formation annuelle de recyclage de la PSSP en matière de PCI. Lors de l'examen du dossier de la formation annuelle de la PSSP, on a constaté qu'aucune signature n'indiquait que sa formation de recyclage sur la PCI était terminée en date du 31 mars 2024.

La personne responsable de la PCI a reconnu lors d'un entretien que la PSSP n'avait pas suivi la formation annuelle sur la PCI alors que cela aurait dû être fait. Lorsque l'inspectrice ou l'inspecteur a demandé le dossier de formation au cours de la même journée, la directrice des soins a déclaré que la PSSP en question avait terminé sa formation annuelle sur la PCI le jour même, car on avait réalisé que cette formation n'était pas terminée lorsque l'inspectrice ou l'inspecteur avait demandé à voir la formation annuelle suivie par la PSSP en matière de PCI.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que la formation annuelle de recyclage d'une PSSP en matière de PCI soit terminée peut avoir augmenté le risque de propagation d'infections dans le foyer.

**Sources :** Dossier de formation de la PSSP, entretien avec la personne responsable de la PCI et la directrice des soins.

## **AVIS ÉCRIT : TEMPÉRATURE AMBIANTE**

Problème de conformité n° 005 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

### **Non-respect : du paragraphe 24 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Température ambiante

Paragraphe 24 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que la température ambiante du foyer soit maintenue à au moins 22 degrés Celsius.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la température ambiante du foyer soit maintenue à au moins 22 degrés Celsius.

### **Justification et résumé**

Le foyer de soins de longue durée a consigné tous les relevés de la température ambiante dans un registre électronique. L'examen des relevés de la température ambiante de juin 2024 a révélé que la température ambiante dans les chambres des personnes résidentes n'a pas été maintenue à au moins 22 degrés Celsius lors de certaines journées.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Le foyer recevait des notifications sous forme de messages lorsque la surveillance de la température ambiante décelait que celle-ci devenait inférieure à 22 degrés Celsius. L'examen des mesures prises, consignées dans les formulaires du journal des événements, a permis de constater que l'on fermait les fenêtres pour empêcher la climatisation de fonctionner à plein régime, que la chaudière ne fonctionnait pas et que l'on avait fait appel à des services de chauffage, de ventilation et de climatisation ainsi qu'à des services de plomberie.

Un entretien avec le gestionnaire des services environnementaux a indiqué que le système de chauffage du foyer devrait être actionné lors d'une trop grande baisse de la température ambiante, mais qu'il ne fonctionnait pas puisqu'une chaudière nécessitait un entretien correctif. Pendant la période où le foyer attendait que des services externes effectuent les réparations liées à cet entretien correctif, le personnel d'entretien a mentionné qu'une personne résidente avait reçu le radiateur électrique portatif qu'elle avait demandé. Aucune autre mesure prise pour garantir le maintien de la température ambiante à au moins 22 degrés Celsius ou pour assurer un certain confort n'était consignée.

Le fait de ne pas avoir maintenu la température ambiante du foyer à au moins 22 degrés Celsius a eu une incidence sur le confort des personnes résidentes.

**Sources :** Relevés de la température ambiante, formulaires du journal des événements pour les alertes, entretiens avec le gestionnaire des services environnementaux, le personnel d'entretien et l'administrateur.

**AVIS ÉCRIT : PROGRAMME DE SOINS**

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

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

**Non-respect : de la disposition 7 du paragraphe 29 (3) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Programme de soins

Paragraphe 29 (3) Le programme de soins doit être fondé au minimum sur l'évaluation interdisciplinaire de ce qui suit au sujet du résident :

7. Son fonctionnement physique, ainsi que le type et le niveau d'aide dont il a besoin pour se livrer aux activités de la vie quotidienne, notamment en ce qui a trait à son hygiène et à sa toilette.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins d'une personne résidente soit fondé, au minimum, sur l'évaluation interdisciplinaire de ce qui suit au sujet de la personne résidente : Son fonctionnement physique, ainsi que le type et le niveau d'aide dont elle a besoin pour se livrer aux activités de la vie quotidienne, notamment en ce qui a trait à son hygiène et à sa toilette.

**Justification et résumé**

Une personne résidente a été admise au foyer à une date donnée. Un programme de soins a été élaboré relativement aux activités de la vie quotidienne de la personne résidente, notamment l'habillement, l'hygiène personnelle et la mobilité. Le programme de soins relativement aux activités de la vie quotidienne ne précisait pas le type ni le niveau d'aide dont la personne résidente avait besoin.

Les entretiens avec une PSSP ont permis de constater que le programme de soins n'indiquait pas correctement les besoins de la personne résidente en matière de soins et qu'il devait être revu. La PSSP a mentionné que la personne résidente avait besoin d'un certain type et d'un certain niveau d'aide pour l'habillement, l'hygiène personnelle et la mobilité.

La directrice des soins a mentionné que le programme de soins de la personne résidente n'était pas achevé et que l'infirmière responsable des admissions devait

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

achever le programme de soins lorsqu'elle se serait entretenue avec la personne résidente et sa famille. Elle a affirmé que la responsabilité d'élaborer le programme de soins écrit de la personne résidente incombait au personnel infirmier autorisé, dont l'infirmière auxiliaire autorisée (IAA) de l'étage concerné.

Le fait de ne pas avoir élaboré le programme de soins d'une personne résidente, en fonction d'une évaluation interdisciplinaire de son fonctionnement physique et en fonction du type et du niveau d'aide dont elle avait besoin pour se livrer aux activités de la vie quotidienne, présentait un risque.

**Sources :** Dossier de santé clinique, entretiens avec la directrice des soins et le personnel.

**AVIS ÉCRIT : BAIN**

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

**Non-respect : du paragraphe 37 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Bain

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente prenne un bain deux fois par semaine.

**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 Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Un entretien avec la personne résidente a révélé qu'il lui arrivait de ne pas recevoir le bain prévu et que celui-ci était parfois remplacé par un bain au lit un autre jour.

On a constaté lors de l'examen du dossier de santé clinique que le personnel avait noté certains jours, relativement au bain de la personne résidente, que « l'activité n'a pas eu lieu ». Rien n'était indiqué concernant le remplacement des bains prévus qui n'ont pas été donnés.

Un entretien avec une PSSP a indiqué que la personne résidente devait recevoir les bains prévus deux fois par semaine. La PSSP a mentionné que la personne résidente lui signalait parfois qu'elle n'avait pas reçu son bain. La PSSP a affirmé qu'elle aidait quotidiennement la personne résidente à faire sa toilette.

Un entretien avec la directrice des soins a montré que si l'activité de donner un bain n'avait pas lieu, les membres du personnel soignant étaient tenus d'en informer l'équipe afin que le bain qui n'a pas été donné puisse être remplacé par un bain au lit.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce qu'une personne résidente reçoive un bain au moins deux fois par semaine a eu des répercussions sur son hygiène personnelle et sa qualité de vie.

**Sources :** Dossier de santé clinique, entretiens avec la personne résidente, la directrice des soins et le personnel.

**AVIS ÉCRIT : EFFETS PERSONNELS ET AIDES PERSONNELLES**

Problème de conformité n° 008 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

**Non-respect : de l'alinéa 41 (1) a) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Effets personnels et aides personnelles

Paragraphe 41 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque résident du foyer ait ses effets personnels, notamment ses aides personnelles, comme des prothèses dentaires, des lunettes et des aides auditives :

a) étiquetés, dans les 48 heures de son admission et, dans le cas de nouveaux effets, de leur acquisition;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les effets personnels de chaque personne résidente du foyer, dont les aides personnelles comme les prothèses dentaires et les aides auditives, soient étiquetés.

**Justification et résumé**

Lors de la première visite, on a vérifié une sonnette d'appel dans la salle de bain commune d'une personne résidente. En vérifiant la sonnette d'appel dans la salle de bain commune, l'inspectrice ou l'inspecteur a observé une absence d'étiquette sur un bain de trempage pour prothèses dentaires, sur une brosse à dents et un dentifrice qui se trouvaient dans un bassin réniforme et sur une autre brosse à dents qui se trouvait dans le gobelet de plastique transparent du foyer sur le comptoir de la salle de bain commune de la personne résidente. Une PSSP a convenu que ces effets personnels non étiquetés se trouvant dans la salle de bain commune auraient dû l'être.

La personne responsable de la PCI a convenu lors d'un entretien que les effets personnels de personnes résidentes partageant une salle de bain devraient être étiquetés.

Le risque d'infection était accru lorsque les effets personnels n'étaient pas étiquetés dans une salle de bain commune, car les personnes résidentes et le personnel 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 Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

pouvaient peut-être pas déterminer à laquelle des personnes résidentes un objet personnel appartenait.

**Sources :** Observations et entretien avec le personnel et la personne responsable de la PCI.

## AVIS ÉCRIT : GESTION DE LA DOULEUR

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

**Non-respect : de la disposition 4 du paragraphe 57 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Gestion de la douleur

Paragraphe 57 (1) Le programme de gestion de la douleur doit au minimum prévoir ce qui suit :

4. La surveillance des réactions des résidents aux stratégies de gestion de la douleur et de l'efficacité de ces stratégies.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel surveille les réactions d'une personne résidente aux stratégies de gestion de la douleur et l'efficacité de ces stratégies.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce qu'un programme de gestion de la douleur soit en place et à ce que ce dernier soit respecté.

Le foyer ne s'est en particulier pas conformé à la politique du titulaire de permis sur la définition et la gestion de la douleur (*Pain Identification and Management*). Cette politique exigeait que le personnel infirmier évalue l'efficacité des stratégies de gestion de la douleur avant et après une intervention et détermine si l'efficacité de

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

l'intervention permettait d'atteindre l'objectif de gestion de la douleur de la personne résidente ou si l'intervention contre la douleur nécessitait une adaptation. Elle exigeait également que les membres du personnel soignant observent la personne résidente au cours de chaque quart de travail pour déceler la présence de douleur et consignent celle-ci dans le dossier des soins quotidiens. La politique exigeait qu'un programme de soins soit élaboré en fonction des antécédents et de l'évaluation la plus récente et qu'il contienne les valeurs et les objectifs quant à la gestion de la douleur de la personne résidente. La politique prévoyait que ces stratégies et interventions intégrées dans le programme de soins soient examinées et évaluées au moins tous les trimestres, voire plus souvent au besoin, sur la base d'une évaluation individualisée.

Les lignes directrices sur les pratiques cliniques exemplaires de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, intitulées « Évaluation et prise en charge de la douleur », recommandaient de réduire autant que possible « les effets indésirables des interventions pharmacologiques », dont « la prévention, l'évaluation et la prise en charge des effets indésirables pendant l'administration » de certains analgésiques. Elles indiquaient que les « infirmières et les équipes pluridisciplinaires doivent surveiller fréquemment la réaction d'une personne » à certains analgésiques pour assurer sa sécurité.

**Justification et résumé**

Lors d'une inspection proactive de la conformité, on a observé l'administration d'un certain médicament à une personne résidente. À une date donnée, on a observé l'administration prévue d'un analgésique contre la douleur à la personne résidente par une IAA. L'IAA a mentionné que l'évaluation de la douleur n'était pas effectuée avant l'administration d'un analgésique courant et que le registre électronique d'administration des médicaments (RAME) ne demandait pas d'évaluation 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 Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

douleur pour les analgésiques courants. Elle a affirmé que la personne résidente ferait l'objet d'une évaluation de la douleur en cas de douleur.

L'examen du dossier de santé clinique a montré que la personne résidente avait commencé à recevoir l'analgésique comme traitement à une date donnée. Le dossier de santé clinique a montré que la personne résidente a fait l'objet d'une évaluation de la douleur à une date donnée. Aucune évaluation de la douleur n'a été réalisée ni consignée après cette date. Le dossier de santé clinique a également indiqué que le degré de douleur de la personne résidente avait été consigné certains jours sur une période de cinq mois, mais qu'aucun autre degré de douleur n'avait été consigné entre ces périodes précises. Le dossier des soins quotidiens a montré qu'aucun renseignement n'a été consigné concernant la surveillance de la douleur.

La directrice des soins a affirmé que le personnel devait surveiller quotidiennement la douleur de la personne résidente ainsi que tout changement et que cette surveillance ne devait être consignée qu'en cas de douleur, lors d'une admission au foyer ou d'une nouvelle admission. Elle a mentionné que l'on ne s'attendait pas à ce que le personnel procède à une évaluation de la douleur, à moins qu'il n'ait été établi que la douleur ressentie par la personne résidente se soit accrue ou aggravée. La directrice des soins a confirmé que l'évaluation de la douleur la plus récente dont la personne résidente a fait l'objet a été effectuée à la date indiquée.

Le fait que le titulaire de permis n'ait pas veillé à ce que le personnel consigne l'efficacité de la gestion de la douleur ainsi que les réactions de la personne résidente et qu'il n'ait pas veillé à ce que les membres du personnel soignant consignent leurs observations dans le dossier des soins quotidiens a entraîné des lacunes dans la supervision de la surveillance assurée par le personnel quant à la sécurité et à la gestion de la douleur de 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 Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

**Sources :** Dossier de santé clinique, politique du titulaire de permis sur la définition et la gestion de la douleur (*Pain Identification and Management*), lignes directrices sur les pratiques cliniques exemplaires de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, intitulées « Évaluation et prise en charge de la douleur » (2013, troisième édition), entretien avec le personnel et la directrice des soins.

## **AVIS ÉCRIT : SERVICE DE RESTAURATION ET DE COLLATION**

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

**Non-respect : de la disposition 4 du paragraphe 79 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Service de restauration et de collation

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

4. Un processus pour faire en sorte que les préposés au service d'alimentation et les autres membres du personnel chargés d'aider les résidents soient au courant des régimes, des besoins particuliers et des préférences des résidents.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à mettre en place un processus pour faire en sorte que les travailleurs des services alimentaires et les autres membres du personnel chargés d'aider les personnes résidentes soient au courant des régimes, des besoins particuliers et des préférences de deux personnes résidentes.

**Justification et résumé**

Une inspection proactive de la conformité menée au foyer de soins de longue durée comprenait l'observation de trois personnes résidentes présentant un risque nutritionnel. On a observé qu'un livre de régime était facilement accessible à 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 Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

dépense pendant le service des repas. Les notes quotidiennes contenues dans le livre de régime donnaient des renseignements sur les régimes, les besoins particuliers et les préférences de deux personnes résidentes.

L'examen du dossier de santé clinique de ces personnes résidentes a donné des renseignements supplémentaires sur leurs préférences en matière de repas, lesquelles n'étaient pas mentionnées dans le livre de régime trouvé lors du service des repas.

La politique du titulaire de permis sur le service des repas et l'expérience lors des repas (*Meal Service and Dining Experience*) énonçait que les repas devaient être appétissants, être servis à la température appropriée, répondre aux besoins nutritionnels des personnes résidentes, répondre à leurs besoins particuliers et correspondre à leurs préférences. Elle mettait également l'accent sur la salubrité des aliments. La politique indiquait que le personnel en diététique devait consulter la liste des régimes lors de la préparation des repas en fonction des choix des personnes résidentes pendant le service des repas.

Le gestionnaire des services de diététique a affirmé lors d'entretiens que les aides en diététique n'avaient pas accès aux dossiers de santé cliniques des personnes résidentes. Le gestionnaire des services de diététique a reconnu que l'information concernant les préférences alimentaires des personnes résidentes devait être identique dans le livre de régime et dans le dossier de santé clinique. Il a aussi reconnu qu'il incombait au personnel autorisé de communiquer au service de diététique les nouveaux renseignements concernant le régime, les besoins et les préférences d'une personne résidente.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que le personnel des services alimentaires et les autres membres du personnel apportant une aide connaissent les préférences des

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

personnes résidentes en matière de repas a eu une incidence sur le caractère agréable des expériences des personnes résidentes lors des repas et des repas eux-mêmes.

**Sources :** Observations, livre de régime, dossier de santé clinique, politique du titulaire de permis sur le service des repas et l'expérience lors des repas (*Meal Service and Dining Experience*), entretiens avec le diététiste professionnel et le gestionnaire des services de diététique.

## **AVIS ÉCRIT : RAPPORT SUR L'AMÉLIORATION CONSTANTE DE LA QUALITÉ**

Problème de conformité n° 011 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

### **Non-respect : de la sous-disposition 6 i du paragraphe 168 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Rapport sur l'amélioration constante de la qualité

Paragraphe 168 (2) Le rapport exigé au paragraphe (1) doit comprendre les renseignements suivants :

6. Un relevé écrit de ce qui suit :

i. les mesures prises pour améliorer le foyer de soins de longue durée et les soins, services, programmes et biens qui y sont fournis, compte tenu des résultats documentés du sondage effectué pendant l'exercice en vertu de l'alinéa 43 (5) b) de la Loi, les dates auxquelles ces mesures ont été mises en œuvre et le résultat de ces mesures,

Le titulaire de permis n'a pas veillé à indiquer les mesures prises pour améliorer le foyer de soins de longue durée et les soins, services, programmes et biens qui y sont fournis, compte tenu des résultats documentés du sondage effectué pendant

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

l'exercice en vertu de l'alinéa 43 (5) b) de la Loi, les dates auxquelles ces mesures ont été mises en œuvre et le résultat de ces mesures.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à tenir un relevé écrit des mesures prises pour améliorer le foyer de soins de longue durée et les soins, services, programmes et biens qui y sont fournis, compte tenu des résultats documentés du sondage effectué pendant l'exercice en vertu de l'alinéa 43 (5) b) de la Loi, des dates auxquelles ces mesures ont été mises en œuvre et le résultat de ces mesures.

**Justification et résumé**

Les initiatives d'amélioration de la qualité du foyer ont été examinées dans le cadre de l'inspection proactive de la conformité du foyer. Le rapport de l'exercice 2023-2024 sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité indiquait que le foyer disposait de trois indicateurs de qualité et d'idées de changement pour une expérience axée sur les personnes résidentes. L'examen du rapport de l'exercice 2024-2025 sur l'initiative d'amélioration constante du foyer, publié sur son site Web, indiquait les indicateurs de qualité pour le sondage de 2023 sur l'expérience des personnes résidentes et de leur famille, mais le site Web ne contenait pas les indicateurs de l'année précédente axés sur les personnes résidentes, le résumé des mesures mises en œuvre et les résultats de ces mesures.

Avant l'entretien, les inspectrices ou inspecteurs et le coordonnateur de la gestion des risques et de la qualité ont consulté le site Web et analysé le rapport. Le coordonnateur de la gestion des risques et de la qualité a reconnu que le rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité du foyer, publié sur son site Web, ne comprenait pas les dates de mise en œuvre des mesures ni les résultats de ces mesures relativement aux indicateurs de l'année précédente, lesquels avaient été sélectionnés aux fins d'amélioration.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Le foyer n'a pas fait preuve de transparence lorsque le titulaire de permis n'a pas indiqué sur son site Web les mesures prises, les dates auxquelles ces mesures ont été prises, ni les résultats de ces mesures en vue d'améliorer le foyer de soins de longue durée quant aux indicateurs de qualité sélectionnés.

**Sources :** Questions narratives du plan d'amélioration de la qualité pour les organismes de soins de santé de l'Ontario, plan d'amélioration de la qualité du foyer, entretien avec le coordonnateur de la gestion des risques et de la qualité.

## **AVIS ÉCRIT : RAPPORT SUR L'AMÉLIORATION CONSTANTE DE LA QUALITÉ**

Problème de conformité n° 012 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

### **Non-respect : de la sous-disposition 6 ii du paragraphe 168 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Rapport sur l'amélioration constante de la qualité

Paragraphe 168 (2) Le rapport exigé au paragraphe (1) doit comprendre les renseignements suivants :

6. Un relevé écrit de ce qui suit :

ii. les autres mesures prises pour améliorer l'hébergement, les soins, les services, les programmes et les biens fournis aux résidents dans les domaines prioritaires du foyer en matière d'amélioration de la qualité pendant l'exercice, les dates auxquelles ces mesures ont été mises en œuvre et le résultat de ces mesures,

Le titulaire de permis n'a pas veillé à consigner les autres mesures prises pour améliorer l'hébergement, les soins, les services, les programmes et les biens fournis aux résidents dans les domaines prioritaires du foyer en matière d'amélioration 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 Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

qualité pendant l'exercice, les dates auxquelles ces mesures ont été mises en œuvre et le résultat de ces mesures.

**Justification et résumé**

Les initiatives d'amélioration de la qualité du foyer ont été examinées dans le cadre de l'inspection proactive de la conformité du foyer. Cela englobait un examen du site Web du foyer. La section sur l'accès et la prise en charge du site Web contenait un texte qui indiquait qu'un poste de coordonnateur des admissions a été mis en place en 2023. Ce poste a permis d'améliorer la communication et les liens avec les partenaires des Services de soutien à domicile et en milieu communautaire (SSDMC) et d'augmenter la réussite de la transition de personnes résidentes et des membres de leur famille dans le foyer de soins de longue durée. Le site Web indiquait également que le recours à l'équipe virtuelle d'intervention comportementale en 2023 pour la mise en œuvre d'outils améliorant la qualité de vie des personnes résidentes a donné de bons résultats. Il s'agissait cependant du seul aspect de l'amélioration de la qualité pour lequel l'année de mise en œuvre des interventions et leur résultat étaient indiqués. Les domaines en matière d'amélioration de la qualité du foyer en cours pendant l'exercice 2024-2025 comprenaient des indicateurs de qualité pour la prévention des chutes, l'utilisation inappropriée d'antipsychotiques, la réduction de la contention, l'aggravation de lésions de pression des stades 2 à 4 et les indicateurs de qualité de l'année précédente, c'est-à-dire l'exercice 2023-2024. Ils ne comprenaient pas les dates de mise en œuvre des mesures ni les résultats de ces mesures.

Avant l'entretien, les inspectrices ou inspecteurs et le coordonnateur de la gestion des risques et de la qualité ont consulté le site Web et analysé le rapport. Le coordonnateur de la gestion des risques et de la qualité a convenu lors d'un entretien que les indicateurs de qualité de l'année précédente et l'atteinte ou non des résultats, sur la base des mesures prises, des dates auxquelles elles ont 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 Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

prises, de la façon dont cela a été réalisé et de la manière dont les mesures ont été mises en œuvre pour ces indicateurs, n'étaient pas publiés sur le site Web du foyer.

Il y avait un manque de transparence lorsque les résultats, les mesures prises, les dates auxquelles elles ont été prises, la façon dont cela a été réalisé et la manière dont les mesures ont été mises en œuvre pour les indicateurs du foyer n'étaient pas publiés sur le site Web.

**Sources :** Section sur l'engagement envers la qualité (*Quality Commitment*) du site Web du foyer, entretien avec le coordonnateur de la gestion des risques et de la qualité.

## **ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 001 SOINS DE RÉTABLISSEMENT**

Problème de conformité n° 013 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : de l'alinéa 13 (1) a) de la *LRSLD* (2021)**

Soins de rétablissement

Paragraphe 13 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soit instauré un programme interdisciplinaire structuré axé sur les soins de rétablissement qui, à la fois :

- a) promeut et maximise l'autonomie;

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

Plus particulièrement, le titulaire de permis doit :

1. mettre en œuvre dans le foyer le programme de soins de rétablissement décrit dans la politique du foyer; conserver un dossier comprenant la politique et les

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

documents sur la façon dont le programme de soins de rétablissement a été mis en œuvre conformément à la politique; fournir, à la demande de l'inspectrice ou de l'inspecteur, la politique et le dossier relatifs à la façon dont le programme de soins de rétablissement a été mis en œuvre.

**Motifs**

Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soit instauré un programme interdisciplinaire structuré axé sur les soins de rétablissement qui, à la fois, promeut et maximise l'autonomie.

**Justification et résumé**

Le programme de prévention et de gestion des chutes du foyer et l'initiative d'amélioration de la qualité du foyer ont été examinés dans le cadre de l'inspection proactive de la conformité. La personne responsable de la prévention et de la gestion des chutes ainsi que le coordonnateur de la gestion des risques et de la qualité du foyer ont mentionné que l'indicateur de chutes a augmenté malgré des interventions en la matière. Les initiatives d'amélioration de la qualité du foyer publiées sur son site Web indiquaient que, grâce à ses programmes de soins de rétablissement, le foyer travaillait avec les personnes résidentes pour les encourager à accomplir de façon autonome des tâches comme manger, s'habiller, aller à la toilette et marcher. Cette approche consiste à veiller à ce que chaque personne résidente dont les besoins ont été évalués puisse maintenir ou améliorer ses capacités fonctionnelles et cognitives dans tous les aspects de la vie quotidienne, dans la mesure de ses capacités.

La politique du foyer sur le programme de soins de rétablissement (*Restorative Care Program*) indiquait que les foyers doivent adopter une philosophie en matière de soins de rétablissement et veiller à ce que les méthodes axées sur les soins de rétablissement soient intégrées dans la prestation de soins à l'ensemble des

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

personnes résidentes. Les foyers doivent pratiquer des interventions précises en matière de soins de rétablissement grâce à une équipe interdisciplinaire coordonnée. Le guide d'Extendicare sur les soins infirmiers de rétablissement (*Extendicare Restorative Nursing Guide*) indiquait qu'une personne résidente a le droit de participer à ses soins et doit recevoir un soutien suffisant pour atteindre sa capacité de fonctionnement optimale et améliorer sa qualité de vie. Tous les foyers doivent mettre en œuvre un continuum de soins et de services de rétablissement en respectant les fonds disponibles et les exigences réglementaires, ce qui comprend des soins infirmiers de rétablissement visant à améliorer la capacité de fonctionnement, à empêcher le déclin de la capacité de fonctionnement, à promouvoir l'autonomie, à favoriser le sentiment d'efficacité personnelle et à favoriser l'estime de soi.

La politique du foyer sur la prévention et la gestion des chutes (*Falls Prevention and Management*) indiquait que le personnel devait, après la chute d'une personne résidente, consulter le programme de soins de rétablissement, un physiothérapeute ou un ergothérapeute, un diététiste, le personnel de l'entretien ménager, le personnel d'entretien et d'autres membres de l'équipe interdisciplinaire pour assurer un suivi, le cas échéant.

Le coordonnateur de la gestion des risques et de la qualité a reconnu lors d'un entretien que le programme de soins infirmiers de rétablissement du foyer n'était pas mis en œuvre au foyer et que l'on travaillait à créer un poste de personne responsable du programme de soins de rétablissement et à relancer ce programme.

L'absence de collaboration interdisciplinaire et de mise en œuvre du programme de soins infirmiers de rétablissement a accru les risques et les répercussions pour les personnes résidentes, car leur autonomie en ce qui concerne le maintien de leur

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

capacité de fonctionnement pour accomplir les activités de la vie quotidienne peut avoir diminué, ce qui peut avoir nui à leur qualité de vie.

**Sources :** Politique du titulaire de permis sur le programme de soins de rétablissement (*Restorative Care Program*), guide sur les soins infirmiers de rétablissement (*Nursing Restorative Guide*) du titulaire de permis, programme de prévention et de gestion des chutes (*Falls Prevention and Management*), site Web sur l'initiative d'amélioration de la qualité du foyer, entretien avec le coordonnateur de la gestion des risques et de la qualité du foyer.

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

18 octobre 2024.

## **ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 002 PORTES DANS LE FOYER**

Problème de conformité n° 014 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : de la disposition 3 du paragraphe 12 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Portes dans le foyer

Paragraphe 12 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au respect des règles suivantes :

3. Toutes les portes donnant sur les aires non résidentielles doivent être dotées de verrous pour empêcher leur accès non supervisé par les résidents. Elles doivent être gardées fermées et verrouillées quand elles ne sont pas supervisées par le personnel.

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

Plus précisément, le titulaire de permis doit :

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

1) effectuer, par l'intermédiaire du ou de la gestionnaire des services environnementaux ou de l'administrateur, des vérifications physiques dans une section accessible aux personnes résidentes afin de s'assurer que toutes les portes menant à des aires non résidentielles sont verrouillées lorsqu'elles ne sont pas surveillées par le personnel. Les vérifications physiques seront effectuées en essayant d'ouvrir la porte en tournant la poignée ou le bouton de porte. La fréquence des contrôles sera de trois fois par semaine pendant une période de trois semaines.

2) conserver les documents relatifs aux vérifications physiques de la section accessible aux personnes résidentes. Ces documents doivent comprendre la date de la vérification, le nom de la personne ayant effectué la vérification, les lacunes décelées, les mesures prises et les dates auxquelles ces mesures ont été prises; fournir immédiatement les documents demandés par une inspectrice ou un inspecteur aux fins d'examen.

**Motifs**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une porte donnant sur une aire non résidentielle soit gardée fermée et verrouillée quand elle n'était pas supervisée par le personnel.

**Justification et résumé**

Lors de la première visite du foyer, on a constaté qu'une porte menant à la salle de matériel propre dans une section accessible aux personnes résidentes était fermée, mais non verrouillée. Le matériel conservé dans la pièce comprenait un équipement de marque Hydrocollator. Un panneau indicateur de danger, sur lequel il était écrit « Chaud », y était apposé. Au moment de l'observation, l'aire en question n'était pas surveillée par le personnel. On a également observé qu'une personne résidente errait dans les couloirs de la section accessible aux personnes résidentes.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Une personne préposée aux activités a affirmé que la porte menant à la salle de matériel propre devait être verrouillée lorsqu'elle était fermée. Elle a montré la façon d'utiliser la serrure de porte à clavier, puis a constaté que la porte n'était pas verrouillée après qu'elle se soit refermée automatiquement avec le verrou activé. L'administrateur en a été informé et il a affirmé que la serrure de la porte avait été réparée plus tard ce jour-là par le personnel d'entretien.

Il existait un risque lorsque le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une porte menant à une aire non résidentielle soit verrouillée lorsqu'elle n'était pas surveillée par le personnel.

**Sources** : observations, entretiens avec l'administrateur et le personnel.

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le**  
18 octobre 2024.

## **ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 003 TECHNIQUES DE TRANSFERT ET DE CHANGEMENT DE POSITION**

Problème de conformité n° 015 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : de l'article 40 du Règl. de l'Ont. 246/22**

Techniques de transfert et de changement de position

Article 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.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

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

Plus précisément, le titulaire de permis doit :

1) effectuer, par l'intermédiaire de la directrice des soins ou du directeur adjoint ou de la directrice adjointe des soins, une vérification du dossier des soins quotidiens afin de s'assurer que deux personnes résidentes reçoivent l'aide physique prévue dans leur programme de soins écrit pour les soins liés à l'incontinence ou à la facilitation des selles. La fréquence des vérifications sera de trois fois par semaine pendant une période de trois semaines.

2) conserver les documents relatifs à la vérification du dossier des soins quotidiens. Ces documents doivent comprendre la date de la vérification, le nom de la personne ayant effectué la vérification, le nom de la personne résidente, les lacunes décelées, les mesures prises, les dates auxquelles ces mesures ont été prises et les noms des membres du personnel qui ont reçu une formation d'appoint; fournir immédiatement les documents demandés par une inspectrice ou un inspecteur aux fins d'examen.

**Motifs**

(1) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel utilise des techniques de changement de position sécuritaires lorsqu'il a aidé une personne résidente à changer de position dans un lit.

**Justification et résumé**

Dans le cadre de l'inspection, les soins et services offerts à trois personnes résidentes ont fait l'objet d'un examen.

Une personne résidente ayant une déficience physique avait besoin d'une aide physique lors de la prestation des soins. Un programme de soins a été mis en

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

œuvre pour la personne résidente concernant les transferts et les soins liés à l'incontinence. Un programme de soins a été mis en œuvre pour les soins liés à l'incontinence puisque la personne résidente dépendait entièrement de l'aide importante que devaient lui apporter deux membres du personnel.

Un entretien avec la personne résidente a révélé qu'elle recevait parfois l'aide physique d'un seul membre du personnel pour les soins liés à l'incontinence. L'examen du dossier des soins quotidiens a montré que la personne résidente recevait parfois l'aide physique d'une seule personne pour les soins liés à l'incontinence.

Une PSSP a affirmé lors d'un entretien qu'elle apportait parfois, seule, une aide physique à la personne résidente pour les soins liés à l'incontinence.

Il y avait un risque lorsque le personnel n'utilisait pas les techniques sécuritaires et n'apportait pas l'aide physique qui étaient décrites dans le programme de soins.

**Sources :** dossier clinique, entretiens avec la personne résidente et le personnel.

(2) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel utilise des techniques de transfert sécuritaires pour transférer une personne résidente.

**Justification et résumé**

Dans le cadre de l'inspection, les soins et services offerts à trois personnes résidentes ont fait l'objet d'un examen.

Une personne résidente ayant une déficience cognitive et une déficience physique avait besoin d'une aide physique lors de la prestation des soins. Un programme de soins a été mis en œuvre pour la personne résidente concernant les transferts.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Celui-ci indiquait qu'un appareil de changement de position particulier devait être utilisé pour tous les transferts.

Une PSSP a affirmé lors d'un entretien qu'elle utilisait un appareil de changement de position différent pour la prestation de certains soins lorsqu'elle aidait la personne résidente. La directrice des soins a affirmé qu'il fallait utiliser la technique de transfert applicable à la personne résidente selon l'évaluation.

Le fait que le personnel n'ait pas utilisé les appareils de changement de position sécuritaires décrits dans le programme de soins de la personne résidente peut avoir présenté un risque de blessure.

**Sources** : dossier clinique, entretiens avec le personnel et la directrice des soins.

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

18 octobre 2024.

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

**AVIS DE PÉNALITÉ ADMINISTRATIVE (APA)**

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

**Avis de pénalité administrative (APA) n° 001**

**Lié à l'ordre de conformité OC n° 003**

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

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Conformément aux paragraphes 349 (6) et (7) du Règl. de l'Ont. 246/22, cette pénalité administrative est imposée parce que le titulaire de permis ne s'est pas conformé à une ordonnance rendue en vertu de l'article 155 de la Loi et, au cours des trois années précédant immédiatement la date à laquelle l'ordre a été délivré en vertu de l'article 155, le titulaire de permis n'a pas respecté cette même exigence.

**Historique de la conformité**

Il y avait un historique de la conformité quant à l'article 40 (« Techniques de transfert et de changement de position ») du Règlement de l'Ontario 246/22. Un plan de correction volontaire a été émis lors de l'inspection n° 2021\_887111\_0015 le 1<sup>er</sup> septembre 2021 et un ordre de conformité a été émis lors de l'inspection n° 2023-1409-0003 le 18 août 2023.

Il s'agit du premier APA donné au titulaire de permis pour non-respect de l'exigence en question.

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

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

**ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 004 RESPONSABLE DÉSIGNÉ**

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Problème de conformité n° 016 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : du paragraphe 70 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Responsable désigné

Paragraphe 70 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le programme de soins de rétablissement du foyer, notamment les services des travailleurs sociaux et des techniciens en travail social, soit coordonné par un responsable désigné. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 70 (1).

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

Plus précisément, le titulaire de permis doit :

désigner et former, par l'intermédiaire de l'administrateur, une personne responsable du programme de soins de rétablissement du foyer et de la coordination des services des travailleurs sociaux et des techniciens en travail social; conserver un dossier écrit comprenant le nom de la personne responsable du programme de soins de rétablissement qui a été désignée par le foyer; fournir le nom de la personne responsable à la demande de l'inspectrice ou de l'inspecteur.

**Motifs**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins de rétablissement du foyer, notamment les services des travailleurs sociaux et des techniciens en travail social, soit coordonné par une personne responsable désignée.

**Justification et résumé**

Le programme de prévention et de gestion des chutes du foyer et l'initiative d'amélioration de la qualité du foyer ont été examinés dans le cadre de l'inspection proactive de la conformité. La personne responsable de la prévention et 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 Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

gestion des chutes ainsi que le coordonnateur de la gestion des risques et de la qualité du foyer ont mentionné que l'indicateur de chutes a augmenté malgré de nouvelles interventions en la matière. La personne responsable de la prévention et de la gestion des chutes a affirmé que le programme de soins de rétablissement n'était pas mis en œuvre puisqu'il n'y avait aucune personne responsable des soins de rétablissement au foyer.

Les notes de réunion du conseil des résidents ont montré qu'un nouveau travailleur social avait été embauché et que le foyer était en train de déterminer de façon précise son rôle et ses responsabilités, mais que cette personne travaillerait pour l'instant avec l'équipe chargée des activités et le coordonnateur des admissions afin d'apprendre à connaître le foyer et les personnes résidentes.

La politique du titulaire de permis sur le programme de soins de rétablissement indiquait que le foyer devait pratiquer des interventions précises en matière de soins de rétablissement dans le cadre d'une coordination fondée sur une approche d'équipe multidisciplinaire afin de veiller à ce que chaque personne résidente dont les besoins ont été évalués puisse maintenir ou améliorer ses capacités fonctionnelles et cognitives dans tous les aspects de la vie quotidienne, dans la mesure de ses capacités. Les soins de rétablissement visent à améliorer la capacité physique fonctionnelle et la fonction cognitive de personnes qui subissent ou qui sont à risque de subir un déclin de leur état ou de leurs capacités fonctionnelles. Cela est possible grâce à une participation active à un traitement de faible intensité et grâce à un soutien et à des interventions en matière de soins personnels visant à aider les personnes résidentes à prévenir la perte de leurs capacités fonctionnelles et de leur autonomie ou à les améliorer. La marche à suivre précisait que le foyer devait désigner une personne responsable des soins de rétablissement parmi les membres du personnel autorisé, puis mettre en place la formation nécessaire pour préparer cette dernière à ses fonctions et responsabilités.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Les personnes résidentes ont peut-être été exposées à un risque accru de chute lorsque le foyer n'avait désigné aucune personne responsable du programme de soins de rétablissement, laquelle devait s'assurer que les besoins des personnes résidentes étaient évalués en vue de maintenir leur autonomie et d'améliorer leurs capacités fonctionnelles. Le fait que le foyer n'a désigné aucune personne responsable des soins de rétablissement pour assurer la coordination des visites du travailleur social peut avoir eu des répercussions sur les personnes résidentes puisque l'on n'a peut-être pas répondu à leurs besoins cognitifs ou fonctionnels.

**Sources :** Politique du titulaire de permis sur le programme de soins de rétablissement (*Restorative Care Program*), notes des réunions du conseil des résidents, entretien avec le coordonnateur de la gestion des risques et de la qualité.

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le**  
18 octobre 2024.

**ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 005 PROGRAMME DE  
PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE DES INFECTIONS**

Problème de conformité n° 017 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

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

Programme de prévention et de contrôle des infections

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

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

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

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

Plus précisément, le titulaire de permis doit :

1. La personne responsable de la PCI ou son remplaçant désigné doit installer dans tout le foyer des affiches qui présentent les signes et les symptômes de la maladie infectieuse à des fins d'autosurveillance ainsi que les mesures à prendre si une maladie infectieuse est soupçonnée ou confirmée chez une personne. Conserver un registre documenté des emplacements des affiches installées partout dans le foyer.

2. La personne responsable de la PCI ou son remplaçant désigné doit offrir une formation, par l'intermédiaire de la personne responsable de la PCI ou de son remplaçant désigné, à l'ensemble des membres du personnel autorisé, des PSSP et des membres du personnel d'entretien ménager œuvrant à la Mowat House et y offrant des soins sur le processus à suivre lorsque l'on constate qu'un distributeur de désinfectant pour les mains est vide dans la chambre d'une personne résidente; conserver un dossier écrit qui comprend le processus, les noms des membres du personnel formés et la date de la formation. Fournir la documentation à l'inspectrice ou l'inspecteur sur demande.

3. La personne responsable de la PCI ou son remplaçant désigné doit mettre en œuvre, par l'intermédiaire de la personne responsable de la PCI ou de son remplaçant désigné, un processus pour s'assurer que les bassins hygiéniques et les lave-mains des personnes résidentes ne sont pas entreposés sur le plancher de leur salle de bain et qu'ils sont étiquetés. Une fois le processus mis en œuvre, la personne responsable de la PCI ou son remplaçant désigné formera l'ensemble des PSSP et du personnel autorisé en utilisant la méthode de son choix. Une fois le personnel formé, la personne responsable de la PCI ou son remplaçant désigné vérifiera une fois par semaine pendant un mois l'ensemble des salles de bain des personnes résidentes afin de s'assurer que les lave-mains et les bassins

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

hygiéniques ne sont pas entreposés sur le plancher de ces salles de bain et qu'ils sont étiquetés. Si la personne responsable de la PCI constate que les lave-mains ou les bassins hygiéniques se trouvent sur le plancher ou qu'ils ne sont pas étiquetés, elle devra former le personnel à ce sujet; conserver un dossier écrit du processus, du contenu de la formation et de la méthode utilisée pour former le personnel; conserver une trace écrite de la vérification hebdomadaire, ce qui comprend la date à laquelle la vérification a eu lieu, le numéro de chambre de la personne résidente, les noms des membres du personnel qui ont eu besoin d'une formation d'appoint, la date à laquelle celle-ci a eu lieu et le type de formation d'appoint qui a été donnée. Fournir la documentation à l'inspectrice ou l'inspecteur sur demande.

**Motifs**

1) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les normes ou protocoles que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections soient respectés.

Le titulaire du permis n'a pas veillé à ce que le programme de prévention et de contrôle des infections concernant le nettoyage courant et la désinfection de l'équipement destiné aux soins des personnes résidentes, l'entreposage de l'équipement, les contrôles de l'environnement et la mise à disposition de produits d'hygiène des mains soit conforme à la *Norme de prévention et de contrôle des infections pour les foyers de soins de longue durée* (Norme de PCI) publiée en avril 2022 et révisée en septembre 2023. Il s'agit plus particulièrement des pratiques de base minimales comme l'utilisation de contrôles indiqués au point e) a. de la section 9.1, ce qui comprend des « contrôles de l'environnement, notamment l'emplacement/le placement de l'équipement des résidents, le nettoyage et la mise à disposition de produits d'hygiène des mains ».

**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 Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Une première visite du foyer a eu lieu dans le cadre de l'inspection proactive de la conformité. Une personne résidente a été informée que les inspectrices ou inspecteurs menaient une inspection proactive de la conformité au foyer. L'inspectrice ou l'inspecteur a constaté en entrant que le distributeur de désinfectant pour les mains était vide. Le membre du personnel d'entretien ménager qui travaillait dans l'unité a déclaré lors d'un entretien ce jour-là qu'il vérifiait les distributeurs de désinfectant pour les mains tous les jours au moment de nettoyer les chambres des personnes résidentes.

Le lendemain, le distributeur de désinfectant pour les mains était toujours vide. Le membre du personnel d'entretien ménager, au courant de l'observation de l'inspectrice ou de l'inspecteur, a déclaré qu'il le remplirait immédiatement. Cinq jours plus tard, l'inspectrice ou l'inspecteur a constaté pendant un entretien avec la même personne résidente que le distributeur de désinfectant pour les mains était encore vide. Le coordonnateur de la gestion des risques et de la qualité du foyer était au courant de l'observation de la rédactrice ou du rédacteur et a déclaré qu'il assurerait un suivi avec le gestionnaire des services environnementaux. Quelques jours plus tard, l'inspectrice ou l'inspecteur a rendu visite à la personne résidente et a constaté que le distributeur de désinfectant pour les mains avait été rempli de désinfectant pour les mains à base d'alcool.

La personne responsable de la PCI a déclaré lors d'un entretien que l'ensemble du personnel devait s'assurer que les distributeurs de désinfectant pour les mains à base d'alcool fonctionnaient et devait lui signaler ou signaler au personnel d'entretien ménager si les distributeurs étaient vides afin de s'assurer que ceux-ci fonctionnent et soient remplis avec du désinfectant pour les mains à base d'alcool.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Les personnes résidentes étaient exposées à un risque accru de propagation d'infections lorsque le distributeur de désinfectant pour les mains ne fonctionnait pas pendant plusieurs jours.

**Sources :** Observation de la chambre d'une personne résidente, entretiens avec le personnel et la personne responsable de la PCI.

2) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les normes ou protocoles que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections soient respectés.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à respecter le programme de prévention et de contrôle des infections concernant l'installation « au niveau des entrées et dans tout le foyer des affiches qui présentent les signes et les symptômes des maladies infectieuses à des fins d'autosurveillance et les mesures à prendre si une maladie infectieuse est soupçonnée ou confirmée chez une personne », contrairement à ce qu'exigeait la Norme de PCI publiée en avril 2022 et révisée en septembre 2023. Il s'agit plus précisément des exigences supplémentaires en matière de dépistage de la nouvelle exigence supplémentaire aux termes de la norme à la section 11.6 de la Norme de PCI, qui indiquent qu'il faut installer « dans tout le foyer des affiches qui présentent les signes et les symptômes des maladies infectieuses à des fins d'autosurveillance et les mesures à prendre si une maladie infectieuse est soupçonnée ou confirmée chez une personne ».

**Justification et résumé**

On a constaté à l'entrée principale du foyer que des affiches qui indiquaient de ne pas rendre visite à des personnes résidentes en cas de maladie infectieuse y étaient installées. Ces affiches énuméraient les symptômes et les mesures à prendre en cas de symptômes. Cependant, on n'avait installé aucune affiche dans tout le foyer qui aurait énuméré les signes et les symptômes des maladies infectieuses à des fins

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

d'autosurveillance, ni les mesures à prendre si une maladie infectieuse était soupçonnée ou confirmée chez une personne.

La personne responsable de la PCI et l'inspectrice ou l'inspecteur ont réalisé des observations au deuxième étage et ont convenu qu'aucune affiche n'y était installée contrairement à ce qui était exigé dans la section 11.6 de la Norme de PCI, à savoir d'installer « dans tout le foyer des affiches qui présentent les signes et les symptômes des maladies infectieuses à des fins d'autosurveillance et les mesures à prendre si une maladie infectieuse est soupçonnée ou confirmée chez une personne ». La personne responsable de la PCI a déclaré à l'inspectrice ou l'inspecteur qu'elle installerait ces affiches dans tout le foyer conformément à la Norme de PCI.

Le fait de ne pas installer dans tout le foyer des affiches qui présentent les signes et les symptômes des maladies infectieuses à des fins d'autosurveillance, ainsi que les mesures à prendre si une maladie infectieuse est soupçonnée ou confirmée chez une personne, entraîne un risque de propagation des maladies infectieuses pour le personnel et les personnes résidentes.

**Sources :** Observation, entretien avec la personne responsable de la PCI.

3) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les normes ou protocoles que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections soient respectés.

Conformément à la *Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée*, révisée en septembre 2023. Le point 5.5 de la Norme de PCI stipule que le titulaire de permis définit la façon dont les politiques et les marches à suivre en matière de PCI seront mises en œuvre dans le 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 Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

**Justification et résumé**

La politique du foyer sur le nettoyage et la désinfection de l'équipement destiné aux soins personnels (*Personal Care Equipment: Cleaning and Disinfecting*) demandait d'entreposer les lave-mains réservés, étiquetés au nom d'une personne résidente, de manière propre et hygiénique près du lit de la personne résidente dans sa chambre et d'entreposer les lave-mains non réservés dans les salles de matériel propre. Les bassins hygiéniques réservés à une personne résidente devaient être entreposés de manière propre et hygiénique dans sa chambre. Les bassins hygiéniques non réservés devaient être entreposés dans une salle de matériel propre.

Lors de la première visite, on a vérifié une sonnette d'appel dans la salle de bain commune d'une personne résidente. En vérifiant la sonnette d'appel dans la salle de bain commune, l'inspectrice ou l'inspecteur a constaté qu'un lave-mains se trouvait sur le plancher, sous l'évier. Une PSSP a admis que le lave-mains était posé sur le plancher puisqu'il s'agissait de l'endroit où on les rangeait. Au cours de la même journée, on a constaté en marchant dans la chambre d'une personne résidente qu'un bassin hygiénique se trouvait sur le plancher de sa salle de bain, sous l'évier.

La personne responsable de la PCI a déclaré lors d'un entretien que, dans une optique de PCI, les lave-mains et les bassins hygiéniques de cette personne résidente ne devraient pas être entreposés sur le plancher et que le foyer avait commandé des supports pour remédier à la situation.

L'entreposage inapproprié des lave-mains et des bassins hygiéniques dans les salles de bain a exposé les personnes résidentes à un risque d'infection, en particulier dans les espaces partagés.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

**Sources :** Observations dans le foyer et entretien avec le personnel et la personne responsable de la PCI.

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le**  
18 octobre 2024.

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

**AVIS DE PÉNALITÉ ADMINISTRATIVE (APA)**

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

**Avis de pénalité administrative (APA) n° 002**

**Lié à l'ordre de conformité OC n° 005**

En vertu de l'article 158 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*, le titulaire de permis doit payer une pénalité administrative de 5 500 \$, à verser dans les 30 jours suivant la date de la facture.

Conformément aux paragraphes 349 (6) et (7) du Règl. de l'Ont. 246/22, cette pénalité administrative est imposée parce que le titulaire de permis ne s'est pas conformé à une ordonnance rendue en vertu de l'article 155 de la Loi et, au cours des trois années précédant immédiatement la date à laquelle l'ordre a été délivré en vertu de l'article 155, le titulaire de permis n'a pas respecté cette même exigence.

**Historique de la conformité**

Il y avait un historique de la conformité quant à l'alinéa 102 (2) b) (« Programme de prévention et de contrôle des infections ») du Règlement de l'Ontario 246/22. Un avis écrit a été donné dans le cadre de l'inspection n° 2022-1409-0002 (daté du

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

16 décembre 2022) et un ordre de conformité a été donné dans le cadre de l'inspection n° 2023-1409-003 (daté du 18 août 2023).

Il s'agit du premier APA donné au titulaire de permis pour non-respect de l'exigence en question.

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

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

## **ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 006 PROGRAMME DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE DES INFECTIONS**

Problème de conformité n° 018 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : de la disposition 3 du paragraphe 102 (7) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Programme de prévention et de contrôle des infections

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

3. Il surveille la formation sur la prévention et le contrôle des infections dispensée à l'ensemble du personnel, des fournisseurs de soins, des bénévoles, des visiteurs et des résidents.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

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

Plus précisément, le titulaire de permis doit :

1. former la personne responsable de la PCI relativement à toutes les exigences du paragraphe 259 (2) du Règlement de l'Ontario 246/22;
2. examiner, par l'intermédiaire de la personne responsable de la PCI, l'orientation et la formation annuelle du personnel concernant les alinéas a) à h) du paragraphe 259 (2) du Règlement de l'Ontario 246/22 et s'assurer que cette formation contient le nécessaire pour se conformer à ce règlement; conserver une trace écrite de toute formation qui n'a pas été suivie et de toute modification nécessaire qui y a été apportée pour garantir que la formation sur la PCI donnée au personnel chaque année et au moment de l'orientation contient le nécessaire pour respecter le texte législatif; conserver une trace écrite de la formation qui n'a pas été suivie, de la formation ajoutée pour respecter les alinéas a) à h) du texte législatif et de la date à laquelle les changements ont été effectués, à la demande de l'inspectrice ou de l'inspecteur;
3. mettre en place, par l'intermédiaire de la personne responsable de la PCI, un processus pour veiller à ce que l'ensemble du personnel soit formé chaque année relativement à toutes les exigences en matière de PCI, grâce à une plateforme d'apprentissage; conserver un dossier écrit qui comprend le processus mis en place pour garantir la formation annuelle du personnel, ainsi que le nom de la personne qui sera chargée de mettre en œuvre ce processus et de veiller à ce que le personnel soit formé chaque année sur les pratiques en matière de PCI. Fournir la documentation à la demande de l'inspectrice ou de l'inspecteur.

**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 Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Le titulaire de permis veille à ce que la personne responsable de la PCI désignée en application du paragraphe (5) s'acquitte des responsabilités suivantes au foyer : elle surveille la formation sur la prévention et le contrôle des infections offerte à l'ensemble du personnel.

**Justification et résumé**

La personne responsable de la PCI au foyer a déclaré qu'elle travaillait au foyer à temps plein et que la PCI constituait son rôle principal.

Au cours de l'inspection, la personne responsable de la PCI et l'inspectrice ou l'inspecteur ont examiné la formation annuelle sur la PCI offerte à une PSSP grâce à une plateforme d'apprentissage. La personne responsable de la PCI a reconnu que la PSSP n'avait pas reçu sa formation annuelle sur la PCI et que cela aurait dû être fait.

La personne responsable de la PCI a déclaré que les nouveaux membres du personnel recevaient la formation sur la PCI grâce à la plateforme d'apprentissage et que cette formation était planifiée chaque année par le siège social d'Extendicare (Extendicare Corporate). La personne responsable de la PCI a examiné les documents d'orientation et de formation annuelle présentés sur la plateforme d'apprentissage. Elle a convenu que la formation de recyclage et l'orientation des nouveaux membres du personnel n'englobaient pas l'étiquette respiratoire ni les signes et symptômes des maladies infectieuses, que cette formation devrait y être ajoutée et qu'elle y serait ajoutée.

Les personnes résidentes ont peut-être été exposées à un risque accru de propagation de maladies infectieuses lorsque la personne responsable de la PCI n'a pas veillé à ce qu'une PSSP reçoive sa formation annuelle sur la PCI et lorsque

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

l'orientation et la formation de recyclage sur la PCI n'ont pas englobé l'étiquette respiratoire et les signes et symptômes des maladies infectieuses.

**Sources :** Registre de la formation, entretien avec la personne responsable de la PCI.

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le**  
18 octobre 2024.

## **ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 007 ORIENTATION**

Problème de conformité n° 019 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : de l'alinéa 259 (2) c) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Orientation

Paragraphe 259 (2) Le titulaire de permis veille à ce que la formation du personnel en matière de prévention et de contrôle des infections exigée en application de la disposition 9 du paragraphe 82 (2) de la Loi comprenne ce qui suit :

c) les signes et symptômes des maladies infectieuses;

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

Plus précisément, le titulaire de permis doit :

1. veiller, par l'intermédiaire de la personne responsable de la PCI ou de son représentant désigné, à ce que la formation relative aux signes et symptômes des maladies infectieuses soit ajoutée aux documents d'orientation du personnel et à la formation annuelle sur la PCI;

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

2. offrir, par l'intermédiaire de la personne responsable de la PCI ou de son représentant désigné, une formation en ligne ou en personne sur les signes et les symptômes des maladies infectieuses à l'ensemble du personnel œuvrant au foyer; conserver un dossier écrit qui comprend le contenu de la formation et la façon dont elle a été suivie. Si une formation en personne est offerte à l'ensemble du personnel travaillant au foyer, dont le personnel d'agence, la personne responsable de la PCI ou son représentant désigné doit demander aux membres du personnel de signer leur nom et d'indiquer la date à laquelle la formation a été suivie. Si l'apprentissage en ligne est la méthode de formation offerte au personnel, la personne responsable de la PCI ou son représentant désigné devra imprimer le graphique d'apprentissage en ligne avant la date d'échéance de mise en conformité afin d'indiquer le pourcentage de membres du personnel, dont le personnel d'agence, qui ont suivi la formation, ainsi que la date à laquelle celle-ci a eu lieu. Si le pourcentage total n'atteint pas 100 %, la raison pour laquelle des membres du personnel n'ont pas été formés doit être intégrée dans les documents. Fournir la documentation à l'inspectrice ou l'inspecteur sur demande.

**Motifs**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la formation du personnel en matière de PCI exigée en application de la disposition 9 du paragraphe 82 (2) comprenne c) les signes et symptômes des maladies infectieuses.

**Justification et résumé**

L'examen de la formation du foyer sur la PCI, réalisé avec la personne responsable de la PCI du foyer, a montré qu'elle n'englobait pas les signes et symptômes des maladies infectieuses.

La personne responsable de la PCI a déclaré que la formation de recyclage annuelle et l'orientation du personnel concernant la formation sur la PCI étaient

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

planifiées par le siège social. La personne responsable de la PCI a examiné la formation sur la PCI offerte aux nouveaux membres du personnel lors de l'orientation et celle offerte chaque année à l'ensemble du personnel. La personne responsable de la PCI a convenu que les signes et symptômes des maladies infectieuses n'y étaient pas intégrés et qu'ils devaient y être ajoutés.

Le fait de ne pas avoir incorporé les signes et symptômes des maladies infectieuses dans l'orientation des nouveaux membres du personnel du foyer ni dans la formation annuelle a peut-être augmenté le risque que le personnel ne reconnaisse pas les signes et symptômes des maladies infectieuses et que celles-ci se propagent par conséquent parmi les personnes résidentes du foyer.

**Sources :** Examen des documents d'apprentissage en ligne du foyer avec la personne responsable de la PCI, entretien avec la personne responsable de la PCI.

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le**  
18 octobre 2024.

**ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 008 ORIENTATION**

Problème de conformité n° 020 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : de l'alinéa 259 (2) d) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Orientation

Paragraphe 259 (2) Le titulaire de permis veille à ce que la formation du personnel en matière de prévention et de contrôle des infections exigée en application de la disposition 9 du paragraphe 82 (2) de la Loi comprenne ce qui suit :

d) l'étiquette respiratoire;

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

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

Plus précisément, le titulaire de permis doit :

1. veiller, par l'intermédiaire de la personne responsable de la PCI ou de son représentant désigné, à ce que la formation relative à l'étiquette respiratoire soit ajoutée aux documents d'orientation du personnel et à la formation annuelle sur la PCI;
2. offrir, par l'intermédiaire de la personne responsable de la PCI ou de son représentant désigné, une formation en ligne ou en personne sur l'étiquette respiratoire à l'ensemble du personnel œuvrant au foyer; conserver un dossier écrit qui comprend le contenu de la formation et la façon dont elle a été suivie. Si une formation en personne est offerte à l'ensemble du personnel travaillant au foyer, dont le personnel d'agence, la personne responsable de la PCI ou son représentant désigné doit demander aux membres du personnel de signer leur nom et d'indiquer la date à laquelle la formation a été suivie. Si l'apprentissage en ligne est la méthode de formation offerte au personnel, la personne responsable de la PCI ou son représentant désigné devra imprimer le graphique d'apprentissage en ligne avant la date d'échéance de mise en conformité afin d'indiquer le pourcentage de membres du personnel, dont le personnel d'agence, qui ont suivi la formation, ainsi que la date à laquelle celle-ci a eu lieu. Si le pourcentage total n'atteint pas 100 %, la raison pour laquelle des membres du personnel n'ont pas été formés doit être intégrée dans les documents. Fournir la documentation à l'inspectrice ou l'inspecteur sur demande.

**Motifs**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la formation du personnel en matière de PCI exigée en application de la disposition 9 du paragraphe 82 (2) comprenne d) l'étiquette respiratoire.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

**Justification et résumé**

L'examen de la formation du foyer sur la PCI, réalisé avec la personne responsable de la PCI du foyer, a montré qu'elle n'englobait pas l'étiquette respiratoire.

La personne responsable de la PCI a déclaré que la formation de recyclage annuelle et l'orientation du personnel concernant la formation sur la PCI étaient planifiées par le siège social. La personne responsable de la PCI a examiné la formation sur la PCI offerte aux nouveaux membres du personnel lors de l'orientation et celle offerte chaque année à l'ensemble du personnel. La personne responsable de la PCI a convenu que l'étiquette respiratoire n'y était pas intégrée et qu'elle devait y être ajoutée.

Le risque de propagation d'infections a peut-être augmenté lorsque les membres du personnel n'ont pas reçu de formation sur l'étiquette respiratoire dans le cadre de leur orientation.

**Sources :** Examen des documents d'apprentissage en ligne du foyer avec la personne responsable de la PCI, entretien avec la personne responsable de la PCI.

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

18 octobre 2024.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

## RENSEIGNEMENTS SUR LA RÉVISION/L'APPEL

**PRENDRE ACTE** Le titulaire de permis a le droit de demander une révision par le directeur du ou des présents ordres et/ou du présent avis de pénalité administrative (APA) conformément à l'article 169 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (la Loi). Le titulaire de permis peut demander au directeur de suspendre le ou les présents ordres en attendant la révision. Si un titulaire de permis demande la révision d'un APA, l'obligation de payer est suspendue jusqu'à la décision de la révision.

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

La demande écrite de révision doit comprendre :

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

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

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

**Directeur**

a/s du coordonnateur des appels

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

438, avenue University, 8<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 effectuée le cinquième jour après le jour de l'envoi;
- b) par courriel, elle est réputée être effectuée le jour suivant, si le document a été signifié après 16 h;
- c) par service de messagerie commerciale, elle est réputée être effectuée le deuxième jour ouvrable après la réception du document par le service de messagerie commerciale.

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

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

- a) un ordre donné par le directeur en vertu des articles 155 à 159 de la Loi;
- b) un APA délivré par le directeur en vertu de l'article 158 de la Loi;

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

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

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

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

À l'attention du registrateur  
151, rue Bloor Ouest, 9<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).