

**Ministère des Soins de longue durée**Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée**District du Centre-Est**33, rue King West, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702**Rapport public****Date d'émission du rapport :** 9 décembre 2024**Numéro d'inspection :** 2024-1419-0003**Type d'inspection :**

Plainte

Incident critique

**Titulaire de permis :** St. Joseph's at Fleming**Foyer de soins de longue durée et ville :** St. Joseph's at Fleming, Peterborough**RÉSUMÉ D'INSPECTION**

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : Du 12 au 15 et du 18 au 22 novembre 2024.

L'inspection effectuée concernait :

- Une plainte relative à une allégation de mauvais traitements d'ordre verbal et de négligence de la part du personnel envers des personnes résidentes.
- Une plainte relative à un incident lié à des médicaments et à des réactions indésirables à des médicaments d'une personne résidente.
- Trois plaintes relatives à des allégations de soins inadéquats administrés à une personne résidente.
- Une plainte relative à une allégation de mauvais traitements d'ordre physique d'une personne résidente infligés à une autre personne résidente.
- Deux plaintes relatives à une allégation de négligence envers une personne résidente par le personnel.
- Une inspection relative à une plainte sur une allégation de négligence envers une personne résidente.
- Une inspection relative à une plainte concernant une erreur de médication, des chutes et une allégation de soins inappropriés et de mauvais traitements.

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

- Soins liés à l'incontinence (Continence Care)
- Soins et services de soutien aux personnes résidentes (Resident Care and Support Services)
- Gestion des médicaments (Medication Management)
- Prévention et contrôle des infections (Infection Prevention and Control)
- Foyer sûr et sécuritaire (Safe and Secure Home)
- Prévention des mauvais traitements et de la négligence (Prevention of Abuse and Neglect)
- Comportements réactifs (Responsive Behaviours)
- Gestion de la douleur (Pain Management)
- Prévention et gestion des chutes (Falls Prevention and Management)

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

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

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### AVIS ÉCRIT : Programme de soins

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

#### Non-respect de : Al. 6 (1) c) de la LRSLD (2021)

Programme de soins

Par. 6 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soit adopté, pour chaque personne résidente, un programme de soins écrit qui établit ce qui suit :

c) des directives claires à l'égard du personnel et des autres personnes qui fournissent des soins directs au résident;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins écrit d'une personne résidente, relatif au transfert et à la mobilité, établisse des directives claires pour le personnel et les autres personnes qui fournissent des soins.

#### Justification et résumé

Une personne résidente a été observée alors qu'elle utilisait une aide à la mobilité particulière dont la taille ne lui était pas adaptée.

Le programme de soins écrit actuel de la personne résidente indiquait qu'elle avait besoin de l'aide d'un membre du personnel pour les transferts et n'indiquait pas que la personne résidente utilisait l'aide à la mobilité.

Une préposée ou un préposé aux services de soutien personnel (PSSP) et une infirmière ou un infirmier auxiliaire autorisé (IAA) ont tous deux indiqué que la personne résidente utilisait l'aide à la mobilité particulière et ont demandé l'aide de deux membres du personnel pour les transferts. La ou le PSSP a reconnu que le Kardex ne reflétait pas les besoins actuels de la personne résidente en matière de transfert et d'aide à la mobilité particulière.

Ne pas veiller à ce que le programme de soins établisse des directives claires pour le personnel qui fournissent des soins directs peut accroître le risque que la personne résidente subisse des préjudices liés au fait de ne pas recevoir les soins nécessaires.

**Sources :** Programme de soins de la personne résidente, Kardex et entretiens avec le personnel.

### AVIS ÉCRIT : Programme de soins

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

#### Non-respect du : Par. 6 (5) de la LRSLD (2021)

Programme de soins

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

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

Par. 6 (5) Le titulaire de permis veille à ce que le résident, son mandataire spécial, s'il en a un, et toute autre personne que le résident ou le mandataire spécial désigne aient la possibilité de participer pleinement à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de soins du résident.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un mandataire spécial ou une mandataire spéciale ait eu la possibilité de participer pleinement à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de soins de la personne résidente après que son état a changé.

#### Justification et résumé

Un rapport d'incident critique (RIC) a été soumis à la directrice ou au directeur concernant une allégation de soins inadéquats du personnel envers une personne résidente.

Un ou une IAA a consigné que la personne résidente a développé une nouvelle zone d'altération de l'intégrité épidermique. Neuf jours plus tard, une infirmière autorisée (IA) ou un infirmier autorisé a consigné qu'elle avait empiré. De plus, l'IA a consigné que dans le même délai, l'état de la personne résidente avait changé.

La documentation qui soutient que la mandataire spéciale ou le mandataire spécial a été avisé de l'altération de l'intégrité épidermique et du changement de l'état de la personne résidente était introuvable.

Ne pas veiller à ce que le personnel informe la mandataire spéciale ou le mandataire spécial a entraîné un retard de la participation de la mandataire spéciale ou du mandataire spécial au programme de soins du résident.

**Sources :** RIC, dossiers de santé cliniques d'une personne résidente et documentation du personnel.

### AVIS ÉCRIT : Programme de soins

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

#### Non-respect de : Disposition 6 (9) 1 de la LRSLD (2021).

Programme de soins

Par. 6 (9) Le titulaire de permis veille à ce que les éléments suivants soient documentés :

1. La prestation des soins prévus dans le programme de soins.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la prestation des soins prévus au programme de soins pour une personne résidente soit documentée précisément.

#### Justification et résumé

Le directeur ou la directrice a reçu un RIC concernant le traitement administré de façon inadéquate ou incompétente à une personne résidente.

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

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

La ou le PSSP a consigné qu'il ou elle avait administré un traitement à une personne résidente. Le traitement n'a pas été administré, ce qui a entraîné le changement de l'intégrité épidermique de la personne résidente.

La ou le PSSP et la ou le gestionnaire d'aire du foyer n° 117 ont reconnu que la ou le PSSP n'avait pas administré le traitement lors de son quart après avoir consigné qu'il ou elle l'avait fait.

Ne pas consigner correctement la prestation de soins présentait le risque que la personne résidente ne reçoive pas les soins prévus dans son programme de soins.

**Sources :** RIC, les notes d'évolution d'une personne résidente et la documentation Point of Care (POC), notes et documents d'enquête et entretiens avec le personnel.

## **AVIS ÉCRIT : Faire rapport au directeur dans certains cas**

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

### **Non-respect de : Par. 28 (1) de la LRSLD 2021**

Faire rapport au directeur dans certains cas

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

1. L'administration d'un traitement ou de soins à un résident de façon inappropriée ou incompétente, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident.
2. Les mauvais traitements infligés à un résident par qui que ce soit ou la négligence envers un résident de la part du titulaire de permis ou du personnel, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident.
3. Un acte illégal qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice à un résident.
4. La mauvaise utilisation ou le détournement de l'argent d'un résident.
5. La mauvaise utilisation ou le détournement de fonds octroyés à un titulaire de permis en application de la présente loi, de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* ou de la *Loi de 2019 pour des soins interconnectés*.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une allégation de traitements administrés de façon inappropriée ou incompétente à une personne résidente qui a entraîné un préjudice ou un risque de préjudice à la personne résidente soit signalée immédiatement à la directrice ou au directeur.

### **Justification et résumé**

Le directeur ou la directrice a reçu un RIC concernant le traitement administré de façon inadéquate ou incompétente à une personne résidente. Le RIC indiquait que l'incident a été soumis à la directrice ou au directeur le lendemain de l'incident.

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

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

La ou le gestionnaire d'aire du foyer n° 117 a reconnu que l'incident n'avait pas été signalé immédiatement.

Ne pas informer immédiatement le directeur ou la directrice présentait la possibilité que le directeur ou la directrice ne soit pas au courant de l'incident et que les mesures nécessaires ne soient pas prises.

Sources : RIC et un entretien avec le personnel.

### AVIS ÉCRIT : Côtés de lit

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

**Non-respect de : Al. 18 (1) a) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Côtés de lit

Par. 18 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que, si des côtés de lit sont utilisés, les critères suivants soient respectés :

a) le résident est évalué et son lit est évalué conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises, afin de réduire au minimum les risques que le lit pose pour le résident;

Le titulaire de permis n'a pas veillé, lorsque des côtés de lit sont utilisés, à ce que la personne résidente soit évaluée et à ce que le système de lit de la personne résidente soit évalué afin de réduire au minimum les risques posés pour la personne résidente.

#### Justification et résumé

Une inspectrice ou un inspecteur a observé un lit dont la barrière latérale présentait un risque de blessure pour une personne résidente. Le côté de lit faisait partie du programme de soins actuels de la personne résidente.

Les membres du personnel de la personne responsable de l'entretien ont indiqué qu'ils avaient procédé aux évaluations des systèmes de lit en novembre 2023, pour tous les lits. La personne responsable de l'entretien a indiqué que l'évaluation du système de lit de la personne résidente n'avait pas porté sur le côté de lit en question.

Lorsque la personne résidente et son système de lit ne sont pas évalués entièrement concernant la sécurité et les risques de compression, il existe un risque de compression ou de blessure pour la personne résidente.

Sources : Observations de l'inspectrice ou de l'inspecteur, programme de soins écrit d'une personne résidente et entretien avec les membres du personnel de la personne responsable de l'entretien.

### AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité n° 006 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 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 West, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

**Non-respect de : la disposition 29 (3) 5 du Règl. de l'Ont. 246/22**

Programme de soins

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

5. Ses humeurs et comportements habituels, notamment s'il a tendance à errer, ses comportements réactifs qui ont été relevés, le cas échéant, ses comportements déclencheurs éventuels et les fluctuations dans son fonctionnement à différents moments de la journée.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins soit fondé sur, au minimum, l'évaluation interdisciplinaire de ce qui suit au sujet de la personne résidente : ses humeurs et comportements habituels, notamment s'il a tendance à errer, ses comportements réactifs qui ont été relevés, le cas échéant, ses comportements déclencheurs éventuels et les fluctuations dans son fonctionnement à différents moments de la journée.

**Justification et résumé**

Un RIC a été soumis au directeur ou à la directrice concernant une allégation de mauvais traitements d'ordre physique d'une personne résidente infligés à une autre personne résidente. Deux personnes résidentes étaient impliquées dans une altercation qui a entraîné une blessure mineure à l'une des deux personnes résidentes.

Les documents indiquaient qu'une personne résidente avait des antécédents de comportements réactifs et d'altercations avec une autre personne résidente.

Une IAA, la personne responsable du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement (OSTC) et la ou le gestionnaire d'aire du foyer n° 108 ont reconnu que la personne résidente avait des antécédents de comportements réactifs et d'altercations envers l'autre personne résidente. L'IAA et la ou le gestionnaire d'aire du foyer n° 108 ont indiqué que le comportement réactif et les interventions auraient dû se trouver dans le programme de soins de la personne résidente. La ou le gestionnaire d'aire du foyer a indiqué que la personne résidente n'avait pas été renvoyée à l'équipe du projet OSTC.

Ne pas ajouter les comportements réactifs et les interventions dans le programme de soins de la personne résidente pouvait compromettre la sécurité des personnes résidentes.

**Sources :** RIC, le programme de soins d'une personne résidente, les notes d'évolution, le rapport de gestion des risques et des entretiens avec les membres du personnel.

**AVIS ÉCRIT : Exigences générales**

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

**Non-respect de : Disposition 34 (1) 2 du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Exigences générales

Par. 34 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au respect des règles

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

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

suyvantes à l'égard de chacun des programmes structurés exigés aux articles 11 à 20 de la Loi et de chacun des programmes interdisciplinaires exigés à l'article 53 du présent règlement :

2. Si, dans le cadre du programme, le personnel a recours à de l'équipement, des fournitures, des appareils, des appareils fonctionnels ou des aides pour changer de position en ce qui concerne un résident, l'équipement, les fournitures, les appareils ou les aides sont appropriés pour le résident compte tenu de son état.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les aides à la mobilité d'une personne résidente soient appropriées pour elle compte tenu de son état physique.

#### Justification et résumé

Une personne résidente a été observée alors qu'elle utilisait une aide à la mobilité particulière dont la taille ne lui était pas adaptée.

La ou le physiothérapeute a reconnu que l'aide à la mobilité ne convenait pas à la personne résidente. Elle ou il a indiqué que l'habitude dans le foyer consistait à obtenir une recommandation du personnel infirmier si une personne résidente avait besoin d'une évaluation, mais qu'aucune n'avait été reçue.

Ne pas veiller à ce que l'appareil de mobilité d'une personne résidente lui convienne expose la personne résidente à un risque d'inconfort et ne répond pas à ses besoins en matière de mobilité.

**Sources :** Observations et entretien avec la ou le physiothérapeute.

### AVIS ÉCRIT : Programmes obligatoires

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

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

Programmes obligatoires

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

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

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel se conforme à la politique sur le programme de prévention et de gestion des chutes du titulaire de permis qui exige que les IA et les IAA consignent la chute d'une personne résidente dans les notes d'évolution.



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

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

### Justification et résumé

Une plainte a été déposée auprès de la directrice ou du directeur concernant des préoccupations au sujet de la chute d'une personne résidente.

Le programme de prévention et de gestion des chutes du titulaire de permis exige que les infirmiers et infirmières consignent les détails particuliers dans les notes d'évolution à la suite de la chute d'une personne résidente.

À une occasion, aucun document n'a pu être trouvé dans les notes d'évolution de la personne résidente concernant la chute. À une autre occasion, les documents étaient incomplets.

La ou le gestionnaire d'aire du foyer n° 108 a confirmé que les détails de la chute doivent être consignés dans les notes d'évolution.

En ne veillant pas à consigner la chute de la personne résidente et les mesures subséquentes, celle-ci était exposée au risque de conséquences négatives.

**Sources** : Dossiers cliniques de la personne résidente n° 008; programme de prévention et de gestion des chutes du foyer et entretiens avec le personnel.

### **AVIS ÉCRIT : Programmes obligatoires**

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

#### **Non-respect de : Disposition 53 (1) 4 du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Programmes obligatoires

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

4. Un programme de gestion de la douleur visant à déceler la douleur chez les résidents et à la gérer.  
Règl. de l'Ont. 246/22, par. 53 (1); Règl. de l'Ont. 66/23, art. 10.

1) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel se conforme au programme de gestion de la douleur du titulaire de permis.

Selon l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis a l'obligation d'élaborer un programme de gestion de la douleur visant à déceler la douleur chez les résidents et à la gérer et de le respecter.

Plus particulièrement, le personnel ne s'est pas conformé au programme de gestion de la douleur du titulaire de permis qui exige que les IA et IAA saisissent une prescription dans le dossier électronique d'administration des médicaments (eMAR) d'une personne résidente en cas de nouvelle douleur aiguë.



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

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

### Justification et résumé

Une plainte a été déposée auprès de la directrice ou du directeur concernant des préoccupations au sujet de la chute d'une personne résidente.

La personne résidente a fait une chute et s'est plainte d'une douleur par la suite. Aucune prescription n'a été saisie dans l'eMAR concernant des évaluations de la douleur pour s'assurer que la douleur de la personne résidente était contrôlée. Le personnel travaillant dans les quarts suivants n'a trouvé aucune évaluation de la douleur.

Le programme de gestion de la douleur du titulaire de permis stipule que pour toute personne résidente souffrant d'une nouvelle douleur aiguë (c.-à-d. après une chute), le personnel autorisé doit saisir une prescription d'évaluation de la douleur dans l'eMAR de la personne résidente. Cela doit être fait pour s'assurer que la douleur de la personne résidente est contrôlée.

La ou le gestionnaire d'aire du foyer n° 108 a confirmé qu'une prescription d'évaluation de la douleur aurait dû être saisie dans l'eMAR de la personne résidente.

Ne pas saisir de prescription d'évaluation de la douleur dans l'eMAR de la personne résidente l'exposait au risque de souffrir d'une douleur incontrôlée.

**Sources :** Dossiers médicaux cliniques d'une personne résidente, programme de gestion de la douleur du titulaire de permis et entretien avec le personnel.

2) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que son programme de gestion de la douleur visant à déceler la douleur chez les résidents et à la gérer soit mis en œuvre pour une personne résidente.

### Justification et résumé

Le directeur ou la directrice a reçu un RIC concernant un incident lié à la médication qui a eu une incidence sur la santé d'une personne résidente.

La politique de gestion de la douleur du titulaire du permis indique au personnel que lorsqu'une personne résidente présente une nouvelle douleur aiguë ou une douleur mal contrôlée, le personnel doit procéder à une brève évaluation de la douleur. Le programme de gestion de la douleur demande également au personnel de procéder à une brève évaluation de la douleur lorsque celle-ci est supérieure à trois sur l'échelle de la douleur. Si le dépistage de la personne résidente indique la présence d'une douleur, le personnel doit procéder à une évaluation plus complète de la douleur, informer la directrice médicale ou le directeur médical et l'infirmière praticienne ou l'infirmier praticien (IP) et mettre en place une surveillance de 48 heures. Si la douleur n'est pas bien gérée, le personnel doit revoir le programme de soins de la personne résidente.

Les notes d'évolution de la personne résidente indiquent que la cote de douleur de la personne résidente a été supérieure à trois à quatre occasions au cours d'une période de neuf heures. Deux fois, la cote de douleur de la personne résidente était de dix, et deux fois de cinq. Aucune note n'a été documentée dans

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

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

la note d'évaluation de la personne résidente indiquant qu'une évaluation courte ou complète de la douleur a été effectuée.

La ou le gestionnaire d'aire du foyer n° 117 a reconnu qu'une version courte et une version complète de la note d'évaluation de la douleur auraient dû être rédigées quand les cotes de douleur de la personne résidente étaient supérieures à trois.

La santé et le bien-être de la personne résidente ont été exposés à des risques parce que le personnel infirmier autorisé n'a pas procédé à des évaluations courte et complète de la douleur lorsque la personne résidente souffrait.

**Sources :** politique de gestion de la douleur du foyer, dossiers cliniques d'une personne résidente et entretien avec le personnel.

### **AVIS ÉCRIT : Facilitation des selles et soins liés à l'incontinence**

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

#### **Non-respect de : Al. 56 (2) g) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Facilitation des selles et soins liés à l'incontinence

Par. 56 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

g) les résidents qui ont besoin de produits pour incontinence disposent d'assez de produits de rechange pour demeurer propres et au sec et se sentir en confort.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel fournisse suffisamment de produits de soins pour incontinence à sept personnes résidentes pour qu'elles se sentent propres, au sec et à l'aise.

#### **Justification et résumé**

Un RIC a été soumis au directeur ou à la directrice alléguant les soins inadéquats envers une personne résidente.

Un examen de l'enquête menée par le titulaire du permis a révélé qu'une ou un PSSP avait signalé à un ou une IA que le personnel de jour avait trouvé des culottes d'incontinence, des vêtements et de la literie saturés chez sept personnes résidentes.

La ou le gestionnaire d'aire du foyer n° 108 a indiqué qu'une allégation de soins inadéquats avait été trouvée.

Ne pas avoir veillé à ce que les personnes résidentes disposent de suffisamment de linge de rechange pour rester propres, sèches et à l'aise les a exposées à un risque de rupture de l'épiderme et d'inconfort.

**Sources :** RIC, enquête du titulaire de permis et un entretien avec le personnel.

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

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

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

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

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

Programme de prévention et de contrôle des infections

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

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

Le titulaire du permis n'a pas veillé à ce que la norme qu'a délivrée la directrice ou le directeur par rapport à la PCI soit mise en œuvre. Plus précisément, les vérifications trimestrielles n'ont pas été réalisées pour s'assurer que des vérifications ont été effectuées régulièrement afin de garantir que tous les membres du personnel peuvent exécuter les compétences de PCI requises dans le cadre de leur rôle, conformément à la Norme de PCI, l'exigence supplémentaire 7.3 b) de la « Norme de prévention et de contrôle des infections pour les foyers de soins de longue durée » (Norme de PCI) d'avril 2022; dernière révision en septembre 2023.

### Justification et résumé

L'examen des vérifications trimestrielles de PCI du foyer ne comprenait pas de vérification particulière visant à garantir que tous les membres du personnel étaient en mesure d'acquérir les compétences de PCI requises dans le cadre de leurs fonctions.

L'inspecteur a examiné la Norme de PCI 7.3 b) avec les personnes responsables de la PCI. Ils ont reconnu que les vérifications trimestrielles n'étaient pas propres au personnel qui exerçait ses compétences en matière de PCI conformément à son rôle.

Les personnes résidentes auraient pu être exposées à un risque accru d'infection parce que les vérifications trimestrielles n'étaient pas propres à l'ensemble du personnel pour qu'il puisse exercer les compétences de PCI nécessaires à son rôle.

**Sources :** Vérifications trimestrielles de PCI et entretiens avec le personnel.

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

Problème de conformité n° 012 – avis écrit remis au titre de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

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

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

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

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

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

4. Une analyse et des mesures de suivi, notamment :
- ii. les mesures à long terme planifiées pour remédier à la situation et prévenir toute récurrence.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le RIC relatif à une allégation de mauvais traitements d'ordre physique entre personnes résidents comprenne les mesures à long terme prévues pour corriger la situation et empêcher qu'elle se reproduise.

#### Justification et résumé

Un RIC a été soumis au directeur ou à la directrice concernant une allégation de mauvais traitements d'ordre physique d'une personne résidente infligés à une autre personne résidente. Le RIC n'a pas été modifié pour y ajouter les mesures à long terme planifiées pour remédier à la situation et prévenir toute récurrence.

La ou le gestionnaire d'aire du foyer n° 131 a reconnu que le RIC ne comprenait pas les renseignements requis.

Des renseignements incomplets sur les incidents critiques peuvent entraver le processus d'inspection et retarder la réponse du directeur ou de la directrice.

**Sources :** RIC et un entretien avec le personnel.

### **AVIS ÉCRIT : Administration de médicaments**

Problème de conformité n° 013 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

**Non-respect de :** Par. 140 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Administration des médicaments

Par. 140 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qu'aucun médicament ne soit utilisé par un résident du foyer ou ne lui soit administré, à moins que le médicament ne lui ait été prescrit. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 140 (1).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'aucun médicament ne soit administré à une personne résidente à moins de lui être prescrit.

#### Justification et résumé

Le directeur ou la directrice a reçu un RIC relatif à une plainte concernant une personne résidente.

Une personne résidente a été vaccinée. Aucune prescription d'une ou d'un médecin ou d'un infirmier praticien ou d'une infirmière praticienne n'a été trouvée.

La personne responsable de la PCI n° 116 a reconnu que le dossier médical clinique de la personne résidente ne contenait aucune prescription.

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

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

En ne veillant pas à ce qu'il y ait une prescription pour le vaccin, la personne résidente était exposée au risque de conséquences négatives.

**Sources :** RIC, dossiers de santé cliniques d'une personne résidente et entretien avec le personnel.

## **ORDRE DE CONFORMITÉ n° 001 Incidents liés à des médicaments et réactions indésirables à des médicaments**

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

### **Non-respect de : Par. 147 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Incidents liés à des médicaments et réactions indésirables à des médicaments

Par. 147 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque incident lié à un médicament et mettant en cause un résident, chaque réaction indésirable à un médicament, chaque utilisation de glucagon, chaque incident d'hypoglycémie sévère et chaque incident d'hypoglycémie ne répondant pas à un traitement et mettant en cause un résident soient à la fois :

- a) documentés, les mesures immédiates prises pour évaluer et préserver l'état de santé du résident étant également consignées dans un dossier;
- b) signalés au résident, à son mandataire spécial, s'il en a un, au directeur des soins infirmiers et des soins personnels, au directeur médical, au médecin traitant du résident ou à l'infirmière autorisée ou l'infirmier autorisé de la catégorie supérieure qui traite le résident et, le cas échéant, au prescripteur du médicament et au fournisseur de services pharmaceutiques. Art. 30 du Règl. de l'Ont. 66/23.

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

Plus précisément, le titulaire de permis doit :

1. Le directeur ou la directrice des soins aux résidents (DSR) ou la ou le gestionnaire d'aire du foyer mènera des entretiens séparés avec l'IA n° 111 et l'IA n° 133 concernant l'incident lié à des médicaments qui s'est produit à une date précise, concernant la personne résidente n°002. Les entretiens approfondis avec les IA porteront sur la pratique réflexive suivante :
  - a) La manière de consigner les mesures immédiates à prendre pour évaluer et maintenir la santé de la personne résidente à la suite d'un incident lié aux médicaments.
  - b) L'obligation d'informer la personne résidente et ses mandataires spéciaux lorsqu'un incident lié aux médicaments se produit.
2. Le ou la DSR ou la ou le gestionnaire d'aire du foyer demandera à l'IA n° 111 et à l'IA n° 133 de rédiger une réflexion écrite sur ce qui aurait pu être fait différemment pour s'assurer que la personne résidente n° 002 bénéficie d'interventions appropriées et d'une surveillance de son état de santé à la suite de l'incident lié aux médicaments qui s'est produit à la date indiquée.
3. Un dossier documenté des parties 1 et 2, y compris les détails des réunions avec l'IA n° 111 et l'IA n° 133 et leur pratique réflexive écrite sur l'incident médicamenteux seront conservés et mis à la disposition de l'inspectrice ou de l'inspecteur immédiatement sur demande.
4. La ou le DSR ou une ou un responsable désigné effectuera des vérifications pendant une période de six semaines après chaque incident lié aux médicaments afin de s'assurer de la conformité avec 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 West, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

alinéas 147 (1) a) et b) du Règlement de l'Ontario 246/22. La vérification comprendra les renseignements suivants :

- a) Le nom de la personne résidente concernée par l'incident lié aux médicaments.
  - b) Le type d'incident lié aux médicaments.
  - c) La date de l'incident lié aux médicaments.
  - d) Les documents sur les mesures immédiates prises pour évaluer et maintenir la santé de la personne résidente.
  - e) La personne résidente, ses mandataires spéciaux et la ou le médecin traitant, y compris leurs noms, ont été informés de l'incident lié aux médicaments.
5. Les vérifications doivent comprendre le nom de la personne qui a réalisé la vérification, toute constatation de non-conformité et les mesures correctives prises pour remédier à la non-conformité.
6. Conserver un enregistrement documenté des vérifications réalisées et les fournir à l'inspectrice ou à l'inspecteur immédiatement sur demande.
7. La ou le DSR informera la ou le gestionnaire d'aire du foyer n° 108, la personne responsable de la PCI ° 116 et l'IAA ° 121 des exigences du par. 147 (1) du Règlement de l'Ontario 246/22. Conserver une trace écrite de l'enseignement dispensé et la fournir aux inspecteurs sur demande.
8. La ou le responsable de la PCI, le gestionnaire de la PCI et la ou le DSR examineront et réviseront le programme de vaccination afin de minimiser le risque d'erreurs liées aux médicaments. Cet examen et cette révision comprennent, au minimum, les procédures permettant de s'assurer que chaque personne résidente fait l'objet d'une prescription de vaccination, d'un consentement et de vérifications pour s'assurer qu'elle doit être vaccinée et qu'elle ne l'a pas déjà été. Les renseignements sur la personne résidente doivent être confirmés par le personnel infirmier administrant le vaccin.
9. Conserver une trace écrite de l'examen et des révisions apportées au programme de vaccination, y compris la date de l'examen, et la fournir aux inspecteurs sur demande.

**Motifs**

1) Le titulaire du permis n'a pas veillé à ce que la mandataire spéciale ou le mandataire spécial d'une personne résidente soit informée d'un incident lié aux médicaments concernant la personne résidente et que l'incident soit documenté, avec un enregistrement des mesures immédiates prises pour évaluer et maintenir la santé de la personne résidente.

**Justification et résumé**

Le directeur ou la directrice a reçu un RIC relatif à un incident lié aux médicaments.

Un incident lié aux médicaments s'est produit lorsque l'IA n° 133 a administré une dose plus élevée que celle prescrite. Le médicament à haut risque a été administré deux fois à la personne résidente au cours d'un quart pour gérer une douleur de dix sur dix. L'IA n° 133 a découvert l'incident lié aux médicaments le matin et a consigné que les signes vitaux de la personne résidente étaient stables. Une description détaillée de l'état de santé de la personne résidente, l'heure à laquelle les signes vitaux ont été pris et les relevés réels des signes vitaux n'ont pas été documentés.

La ou le médecin a été informé de l'incident lié aux médicaments et a reçu l'ordre de surveiller l'état de santé de la personne résidente. D'après les notes d'évolution, l'un des mandataires spéciaux de la

**Ministère des Soins de longue durée**

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

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

personne résidente a reçu un courriel l'informant de l'incident lié aux médicaments, mais cela n'a pas pu être vérifié. Aucun document n'indique que la personne résidente et sa mandataire spéciale ou son mandataire spécial ont été informés de l'incident lié aux médicaments. L'état de santé de la personne résidente s'est dégradé tout au long de la journée. Plus tard dans la journée, l'état de santé de la personne résidente s'est encore aggravé. La ou le médecin et la mandataire spéciale ou le mandataire spécial de la personne résidente ont été informés à ce moment-là de la détérioration de l'état de santé de la personne résidente, qui a été transférée à l'hôpital.

La ou le gestionnaire de l'aire du foyer n° 117 a confirmé qu'il n'y avait pas de description détaillée de l'état de santé de la personne résidente et des mesures immédiates prises pour évaluer et maintenir son état de santé tout au long de la journée. La ou le gestionnaire de l'aire du foyer n° 117 a confirmé que la personne résidente et sa mandataire spéciale ou son mandataire spécial auraient dû être informés de l'incident lié aux médicaments. Ils ont également indiqué que la ou le médecin et la conjointe ou le conjoint de la personne résidente auraient dû être informés de la dégradation de son état de santé tout au long de la journée.

La santé, la sécurité et la qualité de vie de la personne résidente ont été mises en danger parce que le personnel autorisé n'a pas collaboré avec la ou le médecin sur le déclin de l'état de santé de la personne résidente. En ne veillant pas à ce que la personne résidente et sa mandataire spéciale ou son mandataire spécial soient informés de l'incident médicamenteux, le titulaire du permis n'a pas fait preuve de transparence quant à la raison du transfert de la personne résidente à l'hôpital.

**Sources :** RIC, dossiers cliniques de la personne résidente, entretien avec le personnel et la ou le gestionnaire de l'aire du foyer n° 117.

2) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un incident lié aux médicaments concernant une personne résidente soit documenté, de même qu'un enregistrement des mesures immédiates prises pour évaluer et maintenir la santé de la personne résidente, et n'a pas signalé un incident lié aux médicaments à la mandataire spéciale ou au mandataire spécial de la personne résidente, à la directrice ou au directeur des soins infirmiers et des soins personnels, au directeur médical, à la ou au médecin traitant de la personne résidente ou à l'IP qui s'en occupe.

**Justification et résumé**

Le directeur ou la directrice a reçu un RIC relatif à une plainte pour une erreur de médicament concernant la personne résidente n° 008.

La personne résidente a reçu un vaccin par erreur. Aucune trace des mesures immédiates prises pour évaluer et maintenir la santé de la personne résidente n'a pu être trouvée.

De plus, la ou le médecin a été informé sept jours plus tard de l'erreur. La mandataire spéciale ou le mandataire spécial a été informé de l'erreur deux jours après.

La personne responsable de la PCI n° 116 a signalé l'incident à la ou au gestionnaire d'aire du foyer le



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

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

lendemain de l'incident. La ou le gestionnaire d'aire du foyer a indiqué que le rapport sur l'erreur de médicament a été rédigé en retard.

En ne veillant pas à ce que l'erreur de médicament soit documentée et à ce que les mesures immédiates à prendre pour évaluer et maintenir la santé de la personne résidente après que celle-ci a fait l'objet de l'erreur soient consignées, le titulaire du permis a exposé la personne résidente à un risque de conséquences négatives. En ne veillant pas à ce qu'une erreur de médicament soit signalée à la mandataire spéciale ou au mandataire spécial et à la ou au médecin traitant le jour où elle s'est produite, il a également exposé la personne résidente à un risque de conséquences négatives.

**Sources :** RIC, dossiers de santé cliniques d'une personne résidente et entretien avec le personnel.

**Le titulaire de permis doit se conformer au présent ordre au plus tard le 3 mars 2025**

**Le présent ordre de conformité est également considéré comme un avis écrit et est renvoyé à la directrice ou au directeur pour qu'elle ou il prenne des mesures supplémentaires.**

## **ORDRE DE CONFORMITÉ n° 002 Programme de soins**

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

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

Programme de soins

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

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

Plus précisément, le titulaire de permis doit :

1. La ou le DSR, la ou le gestionnaire ou l'IA conduiront des vérifications quotidiennes pendant deux semaines pour s'assurer que les personnes résidentes n° 005 et ° 010 ont reçu les soins prévus dans leur programme particulier.
  - a) La ou le DSR, la ou le gestionnaire ou l'IA vérifieront la personne résidente ° 005 pour s'assurer que les interventions prévues dans le programme concernant la prévention des chutes sont en place, comme requis en fonction de l'évaluation des besoins de la personne résidente.
  - b) La ou le DSR, la ou le gestionnaire ou l'IA vérifieront la personne résidente ° 010 pour s'assurer de la bonne administration d'un traitement particulier, comme requis selon l'évaluation des besoins de la personne résidente.
2. Les vérifications doivent comprendre le nom de la personne qui a réalisé la vérification, toute constatation de non-conformité et les mesures correctives prises pour remédier à la non-conformité.
3. Conserver un enregistrement documenté des vérifications réalisées et les fournir à l'inspectrice ou à l'inspecteur immédiatement sur demande.

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

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

### Motifs

1) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins d'une personne résidente lui soient fournis comme le précise le programme.

### Justification et résumé

Un RIC a été soumis au directeur ou à la directrice concernant le traitement inadéquat infligé à une personne résidente ayant entraîné une blessure à la suite d'une chute devant témoins.

Une personne résidente présentait un risque élevé de chute, et le plan de soins prévoyait de veiller à ce qu'elle utilise son aide à la mobilité. Un ou une IAA et une ou un PSSP ont aidé la personne résidente sans utiliser l'aide à la mobilité. La personne résidente a fait une chute pendant qu'on l'aidait. L'IAA a reconnu qu'il ou elle aurait dû s'assurer que la personne résidente disposait de son aide à la mobilité.

La personne résidente n'avait pas d'aide à la mobilité, ce qui a pu contribuer à sa chute et entraîner une blessure.

**Sources :** Le programme de soins d'une personne résidente, les notes d'évolution et un entretien avec le personnel.

2) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins d'une personne résidente lui soient fournis comme le précise le programme concernant un traitement.

### Justification et résumé

Le directeur ou la directrice a reçu un RIC concernant le traitement administré de façon inadéquate ou incompétente à une personne résidente.

La ou le médecin a prescrit un traitement particulier. Le traitement n'a pas été administré, ce qui a entraîné le changement de l'intégrité épidermique de la personne résidente.

Les notes d'enquête du titulaire du permis indiquent qu'une ou un PSSP n'a pas administré le traitement à la personne résidente. La ou le PSSP a reconnu qu'il avait consigné qu'il avait administré le traitement, mais qu'il avait oublié de le faire.

La ou le gestionnaire d'aire du foyer n° 117 a reconnu que le programme de soin n'avait pas été suivi et que la ou le PSSP disposait de documents inexacts selon lesquels le traitement avait été administré.

L'absence de traitement a exposé la personne résidente à un risque réel d'altération de l'intégrité épidermique.

**Sources :** RIC, les notes d'évaluation d'une personne résidente, la documentation POC et les prescriptions de la ou du médecin, les notes et les documents de l'enquête, entretiens avec le personnel.

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 3 mars 2025.**

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

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

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

## AVIS DE PÉNALITÉ ADMINISTRATIVE (APA)

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

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

#### Lié à l'ordre de conformité n° 002

En vertu de l'article 158 de la Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée, le titulaire de permis doit payer une pénalité administrative de 3 300,00 \$, à verser dans les 30 jours suivant la date de la facture.

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

#### Historique de la conformité :

Problèmes antérieurs de conformité au par. 6 (7) de la LRSLD 2021 :

- Ordre de conformité assorti d'une APA de 2 200 \$ rendu le 21 octobre 2024, dans le cadre de l'inspection n° 2024-1419-0002
- Ordre de conformité (priorité élevée) assorti d'une APA de 1 100 \$ rendu le 15 avril 2024, dans le cadre de l'inspection n° 2024-1419-0001.
- Avis écrit remis le 24 novembre 2023, dans le cadre de l'inspection n° 2023-1419-0003.
- Ordre de conformité (priorité élevée) remis le 3 novembre 2022, dans le cadre de l'inspection n° 2022-1419-0001.

Problème antérieur de conformité au par. 6 (7) de la LFSLD 2007 :

- Plan de redressement volontaire pris le 10 février 2022, dans le cadre de l'inspection n° 2021\_885601\_0023.

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

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

Le titulaire de permis ne doit PAS payer un APA au moyen d'une enveloppe pour les soins aux personnes résidentes 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 personnes résidentes afin de payer l'APA.

## ORDRE DE CONFORMITÉ n° 003 Consentement

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

Non-respect de : Art. 7 de la LRSLD 2021

Consentement

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

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

Art. 7. La présente loi n'a pas pour effet d'autoriser un titulaire de permis à évaluer les besoins d'un résident ou à fournir des soins ou des services à un résident sans le consentement de ce dernier.

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

Plus précisément, le titulaire de permis doit :

1. La ou le DSR ou la ou le gestionnaire désigné doit s'assurer que tout le personnel autorisé, y compris le personnel d'agence, les physiothérapeutes, la ou le médecin ou l'infirmière praticienne ou l'infirmier praticien (IP) et les gestionnaires sont informés des mandataires spéciaux conjoints de la personne résidente n° 008, conformément à la procuration relative aux soins personnels de la personne résidente.
2. La ou le DSR ou la ou le responsable désigné veille à ce que tout le personnel autorisé, y compris le personnel d'agence, les physiothérapeutes, la ou le médecin ou l'infirmière praticienne ou l'infirmier praticien (IP) et les gestionnaires soient informés que pour les questions de soins personnels nécessitant un consentement, tous les mandataires spéciaux conjoints sont consultés.
3. Conserver une trace de la méthode par laquelle le personnel autorisé, y compris le personnel d'agence, les physiothérapeutes, la ou le médecin et les gestionnaires ont été informés et des signatures ou des courriels attestant qu'ils ont été informés de la première et de la deuxième partie de la prescription.
4. La ou le DSR ou la ou le gestionnaire désigné doit s'assurer qu'une méthode est en place afin que les nouvelles personnes embauchées à l'avenir soient au courant de la première partie de la prescription. Conserver une trace de la méthode.
5. Fournir des documents écrits aux inspectrices ou aux inspecteurs immédiatement sur demande.

**Motifs**

Le titulaire du permis n'a pas veillé à obtenir le consentement de la personne qui exerce la procuration conjointe de la personne résidente avant d'administrer un vaccin à celle-ci.

**Justification et résumé**

Le directeur ou la directrice a reçu un RIC relatif à l'administration d'un vaccin à une personne résidente.

L'examen de la procuration pour les soins personnels d'une personne résidents permet de nommer deux mandataires spéciaux conjoints. Les deux mandataires spéciaux conjoints devaient prendre des décisions sur les soins personnels et donner ou refuser leur consentement au traitement. La personne résidente s'est vu administrer un vaccin auquel seul un mandataire spéciale ou un mandataire spécial avait consenti.

Dans un courriel envoyé au titulaire de permis, l'avocate ou l'avocat n° 126 du cabinet qui a préparé la procuration relative aux soins personnels de la personne résidente a précisé que la mandataire spéciale ou le mandataire spécial n° 125 a le même pouvoir que la mandataire spéciale ou le mandataire spécial n° 124. Tous deux étaient les mandataires spéciaux conjoints autorisés pour les soins personnels, et aucun n'a la priorité sur l'autre.

La ou le responsable de la PCI n° 116 a confirmé que seul le consentement à l'administration du vaccin du mandataire spécial n° 124 a été obtenu.

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

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

En n'obtenant pas le consentement des deux mandataires spéciaux, les droits légaux de la personne résidente n'ont pas été respectés.

**Sources :** RIC, dossiers de santé cliniques d'une personne résidente, procuration et entretien avec le personnel.

**Le titulaire de permis doit se conformer au présent ordre au plus tard le 3 mars 2025.**

## **ORDRE DE CONFORMITÉ N° 004 Politique visant à promouvoir la tolérance zéro**

Problème de conformité n° 017 – ordre de conformité aux termes de la disposition 154 (1) 2 de la *LRSLD* (2021).

### **Non-respect de : Par. 25 (1) de la *LRSLD* (2021)**

Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

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

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

Plus précisément, le titulaire de permis doit :

1. La ou le DSR ou une ou un gestionnaire désigné dispense une formation en personne à l'ensemble du personnel autorisé, y compris le personnel d'agence et les gestionnaires d'aire du foyer, sur la politique de tolérance zéro du titulaire de permis en matière de mauvais traitements et de négligence, notamment les procédures de signalement internes et externes, les définitions des mauvais traitements et de la négligence et les exigences législatives relatives à la prévention des mauvais traitements et de la négligence envers des personnes résidentes.
2. Conserver un rapport documenté de la première partie de la formation dispensée, comprenant les signatures des membres du personnel ayant reçu la formation, la date de la formation, le nom de la personne ayant dispensé la formation et le contenu de la formation. Fournir les dossiers de formation à l'inspecteur ou à l'inspectrice immédiatement sur demande.
3. La ou le DSR ou une ou un gestionnaire désigné effectue des vérifications pendant six semaines après chaque allégation de mauvais traitements ou de négligence envers une personne résidente, afin de s'assurer du respect de la politique de tolérance zéro du titulaire de permis en matière de mauvais traitement et de négligence. Des mesures correctives seront prises si des écarts sont constatés dans le signalement et l'enquête des allégations de mauvais traitement ou de négligence, conformément à la politique du titulaire de permis en matière de mauvais traitement.
4. Les vérifications doivent comprendre le nom de la personne qui a réalisé la vérification, toute constatation de non-conformité et les mesures correctives prises pour remédier à la non-conformité.
5. Conserver un enregistrement documenté des vérifications réalisées et les fournir à l'inspectrice ou à l'inspecteur immédiatement sur demande.

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

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

### **Motifs**

1) Le titulaire de permis n'a pas veillé au respect de sa politique visant à promouvoir une tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligences pour une personne résidente lorsque l'IA n° 111 a découvert que les soins d'une personne résidente ont été retardés à deux occasions distinctes.

### **Justification et résumé**

Le directeur ou la directrice a reçu un RIC relatif à des allégations de négligence.

La politique de tolérance zéro à l'égard des mauvais traitements infligés à des résidents stipule que lorsque le personnel est témoin ou soupçonné de mauvais traitements ou de négligence envers un résident, les allégations de mauvais traitement doivent être immédiatement signalées à l'infirmière ou à l'infirmier responsable, une évaluation physique et émotionnelle de la tête aux pieds de la victime présumée doit être effectuée, et la mandataire spéciale ou le mandataire spécial, la ou le gestionnaire de garde, la police, la ou le médecin et la directrice ou le directeur du ministère des Soins de longue durée (MSLD) doivent en être informés. L'IA devait également retirer le personnel accusé de l'installation en attendant le résultat de l'enquête. L'IA recevant le rapport doit remplir le formulaire d'enquête sur le mauvais traitement et le remettre à la ou au DSR ou à la personne désignée pour ouvrir le dossier principal et lancer des interventions immédiates et une enquête. La ou le gestionnaire du personnel accusé devait lancer et soumettre le RIC, contribuer à l'enquête, interroger le personnel incriminé et les témoins, et documenter les conclusions.

La personne résidente a vu son état de santé se dégrader et avait besoin d'une assistance totale pour se soigner. La prestation de soins a été retardée à deux occasions distinctes, comme l'a rapporté l'IA n° 111.

La ou le gestionnaire d'aire du foyer n° 117 a confirmé que les rapports sur les allégations de négligence faites à deux occasions distinctes par l'IA n° 111 n'ont pas été présentés à la directrice ou au directeur et que les directives comprises dans la politique de tolérance zéro en matière de mauvais traitements des résidents n'ont pas été suivies. La ou le gestionnaire d'aire du foyer n° 117 a également confirmé qu'aucun document n'indiquait qu'une enquête immédiate avait été menée, ou que la mandataire spéciale ou le mandataire spécial de la personne résidente, la ou le médecin et le MSLD après les heures de travail avaient été mis au courant des allégations.

Il y avait un risque que les besoins en soins de la personne résidente ne soient pas satisfaits et que d'autres incidents se produisent lorsque l'IA n° 111, l'IA n° 129 et la ou le gestionnaire d'aire du foyer n° 128 n'ont pas respecté la politique de tolérance zéro à l'égard des mauvais traitements en cas d'allégations de négligence.

**Sources :** Les notes d'évolution de la personne résidente n° 009, la politique de tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence (résident) et les entretiens avec la ou le PSSP n° 104, l'IA n° 111, l'IA n° 129 et la ou le gestionnaire d'aire du foyer n° 117.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

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

2) Le titulaire de permis n'a pas veillé au respect de la politique du foyer visant à promouvoir une tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligences pour une personne résidente.

**Justification et résumé**

Le directeur ou la directrice a reçu un RIC relatif à des allégations de mauvais traitements et de négligence d'ordre verbal envers une personne résidente. La mandataire spéciale ou le mandataire spécial de la personne résidente a indiqué qu'elle ou il s'entretenait avec la personne résidente par téléphone et qu'elle ou il a entendu quelqu'un faire un commentaire déplacé sur la personne résidente. La mandataire spéciale ou le mandataire spécial de la personne résidente a communiqué avec l'IA pour l'informer que la personne résidente avait besoin d'attention médicale. La mandataire spéciale ou le mandataire spécial de la personne résidente a indiqué qu'il avait entendu la personne résidente en informer l'infirmière ou l'infirmier. La réponse entendue par la mandataire spéciale ou le mandataire spécial de la personne résidente était que l'IAA devait s'occuper d'autres personnes. Selon le RIC, la mandataire spéciale ou le mandataire spécial de la personne résidente a signalé les allégations de mauvais traitements et de négligence d'ordre verbal à la ou au gestionnaire d'aire du foyer n° 101 le lendemain.

La politique de tolérance zéro à l'égard des mauvais traitements infligés aux personnes résidentes indique qu'il incombe à l'infirmier ou à l'infirmière responsable de procéder à une évaluation émotionnelle de la victime présumée lorsqu'un cas de mauvais traitement ou de négligence est signalé. Tous les cas de mauvais traitement constatés ou présumés devaient faire l'objet d'une enquête immédiate. À l'issue de l'enquête, il faut notifier immédiatement les résultats de l'enquête à la mandataire spéciale ou au mandataire spécial de la personne résidente.

La ou le gestionnaire d'aire du foyer n° 117 a indiqué que l'enquête sur l'allégation de mauvais traitements et de négligence envers la personne résidente a été conduite par la ou le gestionnaire d'aire du foyer n° 101. La ou le gestionnaire d'aire du foyer n° 117 a confirmé qu'aucun document n'indique qu'une évaluation émotionnelle a été réalisée après que la mandataire spéciale ou le mandataire spécial de la personne résidente a signalé les allégations. Elle ou il a confirmé que les déclarations des témoins de l'enquête interne recueillies par la ou le gestionnaire d'aire du foyer n° 101 ne comportaient pas les dates de tous les membres du personnel interrogés et qu'elle ou il n'était pas en mesure de vérifier que l'enquête avait commencé immédiatement. Elle ou il a reconnu qu'aucun document ne permettait de vérifier que la mandataire spéciale ou le mandataire spécial de la personne résidente avait été informé des résultats de l'enquête relative à l'allégation de négligence et de mauvais traitements d'ordre verbal de la part de l'IAA.

Quand la documentation est incomplète en ce qui concerne les dates d'entretien avec le personnel, comme les résultats de l'enquête transmis à la mandataire spéciale ou le mandataire spécial sur les allégations de négligence et de mauvais traitements d'ordre verbal, et quand l'enquête ne comprend pas l'évaluation émotionnelle de la personne résidente, la politique du foyer visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitement et de négligence n'a pas été respectée, l'enquête est incomplète.



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

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

**Sources :** RIC, la politique de tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence (résident) du titulaire de permis et un entretien avec le personnel.

**Le titulaire de permis doit se conformer au présent ordre au plus tard le 3 mars 2025.**

## INFORMATIONS POUR UNE RÉVISION/UN APPEL

### PRENDRE ACTE

Le titulaire de permis a le droit de demander une révision par le directeur du ou des présents ordres et/ou du présent avis de pénalité administrative (APA) conformément à l'article 169 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (la Loi). Le titulaire de permis peut demander à la directrice ou 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 la directrice ou le directeur doit être présentée par écrit et signifiée à la directrice ou 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 la directrice ou 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 commercial à la personne indiquée ci-dessous :

### Directrice ou directeur

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

Si la signification se fait :

- a) par courrier recommandé, elle est réputée être faite le cinquième jour qui suit le jour de l'envoi;
- b) par courriel, elle est réputée être faite le lendemain, si le document a été signifié après 16 heures;

**Ministère des Soins de longue durée**

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

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

c) par messagerie commerciale, elle est réputée être faite le deuxième jour ouvrable après le jour où la messagerie commerciale reçoit le document.

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

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

- a) un ordre donné par le directeur en vertu des articles 155 à 159 de la Loi;
- b) un APA délivré par le directeur en vertu de l'article 158 de la Loi;
- c) la décision de révision de la directrice ou du directeur, rendue en vertu de l'article 169 de la Loi, concernant l'ordre de conformité (par. 155) ou l'APA (par. 158) d'une inspectrice ou d'un inspecteur.

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

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

À l'attention du registraire  
151, rue Bloor Ouest, 9<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario) M5S 1S4

**Directrice ou directeur**

a/s de la coordonnatrice ou 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).