

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 de London**  
159, rue Cédard, bureau 403  
Sudbury, ON, P3E 6A5  
Téléphone : 800 663-6965

## Rapport public initial

<b>Date d'émission du rapport :</b> 6 août 2024
<b>Numéro d'inspection :</b> 2024-1614-0001
<b>Type d'inspection :</b> Plainte Incident critique
<b>Titulaire de permis :</b> Corporation of the Town of Kirkland Lake
<b>Foyer de soins de longue durée et ville :</b> Teck Pioneer Residence, Kirkland Lake

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : Du 25 au 28 juin 2024 et les 2 et 3 juillet 2024.

Les inspections concernaient :

- Une inspection relativement à des préoccupations concernant les soins d'une personne résidente
- Une inspection relativement à une éclosion
- Une inspection relativement à une chute entraînant une blessure
- Une inspection relativement à une personne résidente manquante avec blessure

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

Soins et services de soutien aux personnes résidentes  
(Resident Care and Support Services)  
Prévention et contrôle des infections (Infection Prevention  
and Control)  
Foyer sûr et sécuritaire (Safe and Secure Home)

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 de London  
159, rue Cédard, bureau 403  
Sudbury, ON, P3E 6A5  
Téléphone : 800 663-6965

## 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 la disposition : 6 (10) b) de la *LRSLD* (2021).**

Programme de soins

par. 6 (10) Le titulaire de permis veille à ce que le résident fasse l'objet d'une réévaluation et à ce que son programme de soins soit réexaminé et révisé tous les six mois au moins et à tout autre moment lorsque, selon le cas :

b) les besoins du résident en matière de soins évoluent ou les soins prévus dans le programme ne sont plus nécessaires.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins soit réexaminé et révisé lorsque les besoins d'une personne résidente ont changé.

#### Justification et résumé

Le programme de soins d'une personne résidente indiquait que la personne résidente devait avoir un appareil d'assistance particulier en place.

La personne résidente est tombée, ce qui a modifié son état.

Au moment de l'inspection, la personne résidente a été observée avec un appareil d'assistance différent en place.

Les membres du personnel autorisé ont déclaré que la personne résidente avait cessé d'utiliser l'appareil d'assistance indiqué dans son programme de soins après sa chute.

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 de London**  
159, rue Cédard, bureau 403  
Sudbury, ON, P3E 6A5  
Téléphone : 800 663-6965

Les membres du personnel autorisés et le directeur des soins infirmiers (DSI) ont reconnu que lorsque l'état de la personne résidente a changé et que l'appareil d'assistance n'était plus requis, le programme de soins de la personne résidente aurait dû être réexaminé et révisé afin de refléter les nouveaux besoins en matière de soins.

L'omission de mettre à jour le programme de soins a mis la personne résidente à risque.

**Sources** : Observations d'une personne résidente; dossier de santé d'une personne résidente, et entretiens avec les membres du personnel autorisé et le DSI.

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

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

**Non-respect de la disposition : 27 (1) a) de la LRSLD (2021).**

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

par. 27 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

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

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

(ii) la négligence envers un résident de sa part ou de la part du personnel,

(iii) tout autre acte que prévoient les règlements.

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 de London**  
159, rue Cédard, bureau 403  
Sudbury, ON, P3E 6A5  
Téléphone : 800 663-6965

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des incidents allégués de mauvais traitements et de négligence envers une personne résidente, qui lui ont été signalés, fassent l'objet d'une enquête immédiate.

### **Justification et résumé**

Un membre du personnel autorisé a consigné dans le dossier de santé d'une personne résidente des préoccupations relativement à de mauvais traitements et à de la négligence envers la personne résidente et a avisé le DSI par courriel des allégations deux jours plus tard.

Un examen des dossiers du foyer concernant les allégations faites n'a révélé aucune information au sujet du moment où a commencé l'enquête sur les allégations.  
Le DSI a reconnu ne pas avoir commencé son enquête sur les allégations immédiatement.

Le défaut de veiller à ce qu'une enquête ait immédiatement lieu au sujet des allégations de mauvais traitements et de négligence envers une personne résidente par des membres du personnel a eu une incidence minimale sur la personne résidente. Cela peut toutefois avoir mis la personne résidente à risque de vivre une situation similaire.

**Sources** : Dossier de santé électronique d'une personne résidente, politique du foyer et dossiers internes du foyer; et entretiens avec un membre du personnel autorisé et le DSI.

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

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

**Non-respect de la disposition : 28 (1) 2 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 de London**

159, rue Cédard, bureau 403  
Sudbury, ON, P3E 6A5  
Téléphone : 800 663-6965

Faire rapport au directeur dans certains cas

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

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les allégations de mauvais traitements et de négligence envers une personne résidente soient signalées immédiatement au directeur.

**Justification et résumé**

Lors d'une journée déterminée, un membre du personnel autorisé a pris connaissance d'allégations de mauvais traitements et de négligence envers une personne résidente; il a envoyé un courriel au DSI concernant les allégations deux jours plus tard. Le DSI a transféré le courriel au directeur général (DG) le même jour en résumant les préoccupations.

Aucun rapport de soumission d'incident critique (SIC) au directeur concernant les allégations n'a pu être localisé.

Le DSI a confirmé que le personnel connaissait l'exigence de signaler immédiatement toute allégation de mauvais traitements ou de négligence et a reconnu que cette allégation n'avait pas été signalée immédiatement au directeur.

L'omission de signaler immédiatement les allégations de négligence au directeur peut avoir placé la personne résidente à risque de préjudice et entraîné un retard dans l'enquête sur les allégations.

**Sources** : Portail de signalement du ministère des Soins 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 de London**  
159, rue Cédard, bureau 403  
Sudbury, ON, P3E 6A5  
Téléphone : 800 663-6965

longue durée, dossier de santé électronique d'une personne résidente, correspondance interne, politique du foyer; et entretiens avec un membre du personnel autorisé, le DSI et le DG.

### **AVIS ÉCRIT : Programme de soins**

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

#### **Non-respect de la disposition : 29 (3) 11 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 :

11. Les risques saisonniers associés aux maladies liées à la chaleur, y compris les mesures de protection exigées pour prévenir ou atténuer ces maladies.

Le titulaire du permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins d'une personne résidente s'appuie, au minimum, sur une évaluation interdisciplinaire de ses risques saisonniers pour les maladies liées à la chaleur, y compris les mesures de protection exigées pour prévenir ou atténuer ces maladies.

#### **Justification et résumé**

À une date déterminée, un avertissement de chaleur élevée était en vigueur pour la région où se situe le foyer.

Un examen du dossier de santé d'une personne résidente a révélé que la personne résidente présentait un risque modéré pour une maladie liée à la chaleur; toutefois, son programme de soins ne comprenait pas de mesure pour prévenir ou atténuer la maladie liée à la chaleur.

**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 de London**  
159, rue Cédard, bureau 403  
Sudbury, ON, P3E 6A5  
Téléphone : 800 663-6965

Les membres du personnel autorisé et le DSI ont reconnu qu'une évaluation annuelle des risques liés à la chaleur devait être effectuée pour toutes les personnes résidentes et que leurs programmes de soins devaient être fondés sur cette évaluation.

Le défaut de veiller à ce que le programme de soins d'une personne résidente comprenne des mesures afin de prévenir ou d'atténuer ses risques de maladie liée à la chaleur a mis la personne résidente à risque.

**Sources** : Dossiers de suivi internes à une date déterminée, dossier de santé électronique d'une personne résidente, données climatiques d'Environnement et Changement climatique Canada, rapport des données horaires pour une date déterminée; et entretiens avec les membres du personnel autorisé et le DSI.

### **AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies**

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

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

Soins de la peau et des plaies

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

a) le résident dont l'intégrité épidermique risque d'être altérée se fait évaluer la peau par une personne autorisée visée au paragraphe (2.1) :

(ii) dès son retour de l'hôpital, le cas échéant.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des personnes résidentes fassent l'objet d'une évaluation de la peau à leur retour de l'hôpital.

### **Justification et résumé**

1) Une personne résidente a été transférée à l'hôpital après

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 de London  
159, rue Cédar, bureau 403  
Sudbury, ON, P3E 6A5  
Téléphone : 800 663-6965

être tombée et avoir subi une blessure qui exigeait des soins continus des plaies.

Le dossier de soins de santé électronique de la personne résidente ne comprenait pas d'évaluation de la peau réalisée par un membre du personnel autorisé au retour de l'hôpital de la personne résidente.

2) Une personne résidente a été emmenée à l'hôpital et renvoyée au foyer avec des zones d'altération de l'intégrité épidermique.

Le dossier de soins de santé électronique de la personne résidente révélait qu'elle n'avait pas reçu d'évaluation de la peau d'un membre du personnel autorisé à son retour de l'hôpital.

Les membres du personnel autorisé ont affirmé que l'attente au foyer était que chaque personne résidente reçoive une évaluation de la peau à son retour de l'hôpital et que l'évaluation devait être consignée à l'aide d'un outil précis dans le dossier de santé de la personne résidente. Ils ont reconnu qu'elle n'avait pas eu lieu alors que l'outil ne se trouvait pas dans le dossier de santé électronique de la personne résidente.

Le défaut de veiller à ce que les personnes résidentes reçoivent une évaluation de la peau à leur retour de l'hôpital a placé les personnes résidentes à risque de présenter des zones d'altération de l'intégrité épidermique inaperçues ou non traitées.

**Sources** : Dossiers de santé électroniques des personnes résidentes, et rapports d'incident de la gestion du risque; et entretiens avec des membres du personnel autorisé.



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 de London**  
159, rue Cédard, bureau 403  
Sudbury, ON, P3E 6A5  
Téléphone : 800 663-6965

## AVIS ÉCRIT : ENTRETIEN MÉNAGER

Problème de conformité n° 006 - avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

**Non-respect de la disposition : 93 (2) b) (iii) du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Entretien ménager

par. 93 (2) Dans le cadre du programme structuré de services d'entretien ménager prévu au paragraphe 19 (1) a) de la Loi, le titulaire de permis veille à ce que soient élaborées et mises en œuvre des marches à suivre visant ce qui suit :

b) le nettoyage et la désinfection des articles suivants conformément aux instructions du fabricant et au moyen, au minimum, d'un désinfectant de faible niveau conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises :

(iii) les surfaces de contact.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le nettoyage et la désinfection se fassent conformément aux instructions du fabricant et au moyen, au minimum, d'un désinfectant de faible niveau conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises.

### Justification et résumé

Pendant l'inspection, des lingettes désinfectantes périmées ont été trouvées dans le foyer. En outre, une bouteille d'agent nettoyant à usage multiple se trouvait sur une tablette et était utilisée, dans un placard pour l'entretien ménager; le produit était périmé.

Les membres du personnel de l'entretien ménager ont reconnu que les lingettes désinfectantes étaient périmées que le personnel n'aurait pas dû les utiliser; et que l'agent nettoyant qui était

**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 de London**

159, rue Cédard, bureau 403  
Sudbury, ON, P3E 6A5  
Téléphone : 800 663-6965

périmé aurait dû être remplacé et non utilisé pour le nettoyage.

Le responsable de la prévention et du contrôle des infections (PCI) et le DSI ont affirmé que les produits n'auraient pas dû être utilisés. Ils ont reconnu cependant qu'il n'y avait pas de processus en place pour veiller à ce que les produits périmés ne soient pas utilisés.

Le défaut de veiller à ce que le personnel n'utilise pas de produits nettoyants et désinfectants périmés dans le foyer pouvait exposer les personnes résidentes aux infections découlant du nettoyage et de la désinfection potentiellement inefficaces des surfaces et de l'équipement.

**Sources** : Observations d'aires des personnes résidentes dans le foyer; lignes directrices des pratiques exemplaires du CCPMI et une note interne; et entretiens avec les membres du personnel de l'entretien ménager, le responsable de la PCI, le DSI et le DG.

**AVIS ÉCRIT : Prévention et contrôle des infections**

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

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

Programme de prévention et de contrôle des infections par. 102 (2) Le titulaire de permis met en œuvre ce qui suit : b) les normes ou protocoles que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections. Par. 102 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à la mise en œuvre des normes et protocoles émis par le directeur en ce qui concerne la prévention et le contrôle des infections.

**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 de London**  
159, rue Cédard, bureau 403  
Sudbury, ON, P3E 6A5  
Téléphone : 800 663-6965

### **Justification et résumé**

Selon l'exigence supplémentaire 9.1 e) de la norme de PCI pour les foyers de soins de longue durée, le titulaire de permis devait veiller à ce que les précautions supplémentaires incluent une affiche au point de service indiquant que des mesures de contrôle améliorées en matière de PCI sont en place.

Pendant l'inspection, un chariot d'isolement a été observé à l'extérieur de la chambre à coucher d'une personne résidente; il n'y avait pas d'affiche sur la porte indiquant que des précautions supplémentaires avaient été mises en œuvre. Les affiches sur les portes de chambres d'autres personnes résidentes qui indiquaient que des mesures de contrôle accrues de la PCI étaient en place ne précisaient pas quelles personnes résidentes dans ces chambres avaient besoin des précautions supplémentaires.

Les membres du personnel et le responsable de la PCI ont tous affirmé qu'il n'était pas clair de savoir quelles personnes résidentes avaient besoin des précautions supplémentaires dans les chambres partagées où des précautions supplémentaires de PCI étaient identifiées.

Le responsable de la PCI et le DSI ont confirmé que les affiches au point de service n'étaient pas affichées comme elles auraient dû, puisqu'elles auraient dû indiquer pour quels lits les précautions étaient nécessaires.

Lorsque le foyer a omis d'utiliser une affiche au point de service indiquant quelle personne dans la chambre nécessitait des précautions supplémentaires, les membres du personnel étaient incertains du moment où il fallait appliquer les précautions supplémentaires pour prendre soin des personnes résidentes dans les chambres, en exposant potentiellement d'autres à la propagation de micro-organismes infectieux.

**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 de London**  
159, rue Cédard, bureau 403  
Sudbury, ON, P3E 6A5  
Téléphone : 800 663-6965

**Sources** : Observations; examen des dossiers de santé électroniques de personnes résidentes; politiques en matière de PCI du titulaire de permis, Santé publique Ontario, « Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de soins de santé », 3<sup>e</sup> édition, novembre 2012, Norme de PCI pour les foyers de soins de longue durée, révisée en septembre 2023; et entretiens avec le responsable de la PCI, le DSI et d'autres membres du personnel.

## **AVIS ÉCRIT : Prévention et contrôle des infections**

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

**Non-respect de la disposition : 102 (11) a) du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Prévention et contrôle des infections  
par. 102 (11) Le titulaire de permis veille à ce que soit mis en place ce qui suit :

a) un système de gestion des épidémies permettant de détecter, de gérer et de contrôler les épidémies de maladies infectieuses, avec notamment les responsabilités définies du personnel, les protocoles de présentation de rapports fondés sur les exigences que prévoit la Loi sur la protection et la promotion de la santé, les plans de communication et les protocoles qui permettent de recevoir des alertes médicales et d'intervenir en l'occurrence.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer respecte le système de gestion des épidémies, tel quel stipulé dans la disposition 102 (11) du Règlement de l'Ontario (Règl. de l'Ont.).

Conformément à la disposition 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis devait veiller à ce que

**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 de London**

159, rue Cédard, bureau 403  
Sudbury, ON, P3E 6A5  
Téléphone : 800 663-6965

des politiques et des protocoles écrits soient élaborés pour le système de gestions des épidémies et s'assurer qu'ils soient respectés.

En particulier, le personnel ne s'est pas conformé aux politiques du foyer relatives aux épidémies.

**Justification et résumé**

Les politiques du titulaire de permis concernant les épidémies respiratoires et le signalement d'une éclosion indiquaient que si une personne résidente avait une maladie transmissible conformément à son identification selon les symptômes présentés, le personnel devait envisager de restreindre la personne résidente dans sa chambre et de mettre en place des précautions supplémentaires. En plus de cela, les politiques indiquaient que si deux personnes résidentes devenaient malades, avec des symptômes similaires dans les 24 heures, ou que deux cas ou plus de personnes résidentes étaient identifiés en moins de 48 heures, dans la même zone géographique, le personnel devait soupçonner une épidémie, mettre en œuvre des mesures de contrôle comme l'isolement des personnes résidentes dans leurs chambres, ainsi que de communiquer immédiatement avec le bureau de santé publique.

À deux dates distinctes, le bureau de santé publique local a signalé une épidémie de maladie respiratoire aiguë dans le foyer. Un examen des listes de cas d'épidémies a révélé que plus d'une personne résidente était symptomatique dans la même unité et en même temps. Toutefois, les mesures de contrôle, comme l'isolement des personnes résidentes et le fait d'informer le bureau de santé publique local, n'ont pas été mises en œuvre tout de suite.

Le responsable de la PCI et le DSI ont reconnu qu'il y avait des retards dans l'identification et l'isolement des personnes résidentes symptomatiques.

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 de London**  
159, rue Cédard, bureau 403  
Sudbury, ON, P3E 6A5  
Téléphone : 800 663-6965

Le défaut de veiller à ce que le personnel dans le foyer respecte les politiques du titulaire de permis en matière d'épidémie a mis à risque la sécurité des autres personnes résidentes en retardant la mise en œuvre des mesures nécessaires afin de prévenir la propagation des maladies respiratoires aiguës.

**Sources** : Listes de cas d'épidémies, politiques du titulaire de permis, et entretiens avec le responsable de la PCI, le DSI et le DG.

### **AVIS ÉCRIT : Médecin-hygiéniste en chef et médecin-hygiéniste**

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

#### **Non-respect de la disposition : 272 du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Médecin-hygiéniste en chef et médecin-hygiéniste

272. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à assurer le respect de tous les ordres, ou conseils et toutes les directives, orientations ou recommandations applicables que formule le médecin-hygiéniste en chef ou le médecin-hygiéniste nommé en vertu de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que tous les ordres, ou conseils et toutes les directives, orientations ou recommandations applicables formulés par le médecin-hygiéniste en chef ou le médecin-hygiéniste nommé en vertu de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* soient suivis dans le foyer. Plus précisément, que le désinfectant pour les mains à base d'alcool ne soit pas périmé.

**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 de London**  
159, rue Cédard, bureau 403  
Sudbury, ON, P3E 6A5  
Téléphone : 800 663-6965

### **Justification et résumé**

Pendant l'inspection, le désinfectant pour les mains à base d'alcool a été observé comme étant périmé à l'entrée du foyer et dans une aire du foyer pour les personnes résidentes. De plus, les dates de péremption ont été observées comme étant partiellement ou entièrement retirées sur plusieurs bouteilles de désinfectant pour les mains à base d'alcool partout dans le foyer.

Un examen des « Recommandations pour la prévention et le contrôle des éclosions dans les établissements et les lieux d'hébergement collectif » indiquait que les désinfectants pour les mains à base d'alcool ne doivent pas être périmés.

Le responsable de la PCI, le DSI et le DG ont reconnu que le foyer utilisait des désinfectants pour les mains à base d'alcool qui étaient périmés, qu'il était de la responsabilité de tous de vérifier la date de péremption avant l'utilisation.

Le défaut de veiller à ce que les désinfectants pour les mains à base d'alcool dans le foyer ne soient pas périmés peut avoir augmenté le risque de transmission des micro-organismes infectieux pour les personnes résidentes.

**Sources** : Observations; « Recommandations pour la prévention et le contrôle des éclosions dans les établissements et les lieux d'hébergement collectif », ministère de la Santé, avril 2024 et note interne; et entretien avec le responsable de la PCI, le DSI, le DG et d'autres membres du personnel.

### **ORDRE DE CONFORMITÉ ICO n° 001 Le foyer doit être un milieu sûr et sécuritaire**

Problème de conformité n° 010 - ordre de conformité aux termes de la disposition 154 (1) 2 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 de London**  
159, rue Cédard, bureau 403  
Sudbury, ON, P3E 6A5  
Téléphone : 800 663-6965

**Non-respect de la disposition : 5 de la LRSLD (2021).**

Foyer : milieu sûr et sécuritaire

5. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer soit un milieu sûr et sécuritaire pour ses résidents.

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

Le titulaire de permis doit :

- 1) Réévaluer et réviser le programme de soins d'une personne résidente déterminée pour veiller à ce que les déclencheurs comportementaux de la personne résidente soient clairement identifiés. Des stratégies, des techniques et des interventions afin de prévenir et de minimiser les comportements identifiés et pour y réagir doivent également être identifiées clairement.
- 2) Mettre en œuvre un processus pour que le personnel documente un aspect précis des soins dans le dossier de santé de la personne résidente.
- 3) Réévaluer et réviser, si nécessaire, les politiques déterminées du foyer. Des dossiers doivent être conservés au sujet de tous les participants à la réévaluation, ainsi que les dates de la réévaluation et tout changement mis en œuvre.
- 4) Former tous les membres du personnel de soins directs, y compris le personnel d'agence, dans une unité déterminée, sur les processus élaborés et les révisions apportées aux étapes 1, 2 et 3.
- 5) Maintenir un dossier de la formation, y compris les dates où la formation a été fournie, les noms des membres du personnel qui y ont participé, ainsi que les noms des membres du personnel qui ont dispensé la formation.

**Motifs**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer soit un milieu sûr et sécuritaire pour 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 de London**  
159, rue Cédard, bureau 403  
Sudbury, ON, P3E 6A5  
Téléphone : 800 663-6965

### **Justification et résumé**

Un incident s'est produit, qui s'est terminé avec une personne résidente transportée à l'hôpital et traitée pour des lésions.

Le programme de soins de la personne résidente identifiait des interventions afin de favoriser la sécurité de la personne résidente.

Le dossier de santé de la personne résidente ne contenait pas de document indiquant que le personnel avait mis en place les interventions décrites.

La politique du foyer identifiait qu'une intervention déterminée devait être mise en place d'une manière précise; qu'il était de la responsabilité du donneur de soins assigné de veiller à ce que l'intervention soit mise en œuvre correctement.

Un examen des images de surveillance vidéo du foyer a révélé que l'intervention déterminée n'avait pas été mise en place correctement.

La direction et d'autres membres du personnel ont tous reconnu que l'intervention en question n'avait pas été mise en place correctement.

Il y avait un risque élevé et il y a eu un préjudice réel pour la personne résidente, lorsque le membre du personnel a omis de mettre en place une intervention précise comme indiqué pour assurer un environnement sûr et sécuritaire pour la personne résidente.

Sources : Observations des images du CCTV du foyer; rapport du SIC, dossier de santé électronique d'une personne résidente, fichier d'enquête du foyer, et politiques du foyer; et

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

District de London  
159, rue Cédard, bureau 403  
Sudbury, ON, P3E 6A5  
Téléphone : 800 663-6965

entretiens avec le gestionnaire de l'entretien, le DSI et  
d'autres membres du personnel.

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus  
tard le 30 septembre 2024.**

### **ORDRE DE CONFORMITÉ N° 002 Techniques de transfert et de changement de position**

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

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

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

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

Le titulaire de permis doit :

- 1) Former de nouveau deux membres du personnel comme précisé  
dans les diverses techniques utilisées pour le transfert des  
personnes résidentes ainsi que la manière dont ces techniques  
sont appliquées, y compris l'usage d'appareils d'assistance  
pendant les transferts, afin d'assurer la sécurité des personnes  
résidentes. Une documentation de la formation, y compris qui a  
dispensé la formation ainsi que les dates de formation, doit  
être tenue.
- b) Réaliser des vérifications hebdomadaires pendant quatre  
semaines, après la signification du présent ordre, pour veiller  
à ce que les membres du personnel identifiés réalisent le  
transfert des personnes résidentes, y compris notamment pour une

**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 de London**

159, rue Cédar, bureau 403  
Sudbury, ON, P3E 6A5  
Téléphone : 800 663-6965

personne résidente en particulier, à l'aide de la méthode et du niveau d'assistance du personnel précisé dans leur programme de soins. Un dossier écrit des vérifications doit être tenu, y compris les noms des membres du personnel qui ont effectué chaque vérification, la date de la vérification, le résultat de la vérification, ainsi que toute mesure corrective prise en fonction de la vérification.

**Motifs**

Le titulaire d'un permis ne s'est pas assuré que les membres du personnel utilisent des appareils ou des techniques de transfert et de changement de position sécuritaires lorsqu'ils aident les personnes résidentes.

**Justification et résumé**

Deux membres du personnel ont aidé une personne résidente à passer d'une position assise à une position debout sans utiliser l'appareil d'assistance pour les transferts, comme décrit dans le programme de soins de la personne résidente.

Un examen de l'évaluation réalisée par un physiothérapeute a révélé que la personne résidente avait toujours besoin d'un appareil d'assistance précis.

Les membres du personnel ont affirmé qu'ils n'utilisaient pas l'appareil d'assistance personnel lors du transfert de la personne résidente.

Un physiothérapeute a confirmé que le personnel n'utilisait pas des techniques de transfert sécuritaires lors du transfert de la personne résidente, que l'appareil d'assistance aurait dû être utilisé pour le transfert de la personne résidente.

Il y a eu un fort impact pour la personne résidente lorsque le foyer n'a pas veillé à ce que le personnel utilise des appareils

**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 de London**  
159, rue Cédard, bureau 403  
Sudbury, ON, P3E 6A5  
Téléphone : 800 663-6965

ou des techniques de transfert et de changement de position  
sécuritaires.

**Sources** : Dossier de santé électronique d'une personne résidente  
et papier graphique, politique du foyer, dossiers de formation  
du foyer pour des membres du personnel précis; et entretiens  
avec un physiothérapeute et d'autres membres du personnel.

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus  
tard le 30 septembre 2024.**

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

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

**Non-respect de la disposition : 23 (4) de la LRSLD (2021).**

Programme de prévention et de contrôle des infections  
par. 23 (4) Sauf dans la mesure que prévoient les règlements, le  
titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à  
ce que le foyer se dote d'un responsable de la prévention et du  
contrôle des infections principalement chargé du programme de  
prévention et de contrôle des infections du foyer.

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

Le titulaire de permis doit :

a) Réaliser un examen des exigences que le titulaire de permis  
doit suivre concernant les programmes de PCI dans les foyers de  
soins de longue durée telles que décrites dans la *Loi de 2021  
sur le redressement des soins de longue durée (LRSLD)*, le  
Règlement de l'Ontario 246/22 (le « Règlement »), et dans la  
norme de PCI pour les foyers de soins de longue durée, révisée  
en septembre 2023.

**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 de London**

159, rue Cédard, bureau 403  
Sudbury, ON, P3E 6A5  
Téléphone : 800 663-6965

b) Élaborer et mettre en œuvre un plan écrit pour veiller à ce que le programme de la PCI dans le foyer respecte les exigences décrites dans la Loi, son Règlement et la norme de PCI pour les foyers de soins de longue durée. Ce plan doit notamment inclure l'élaboration d'une description de poste écrite pour le responsable de la PCI exposant les responsabilités requises :

- la manière dont le responsable de la PCI réalisera les responsabilités requises;
- l'élaboration d'un processus pour veiller à ce que le désinfectant pour les mains à base d'alcool ainsi que les produits nettoyants et désinfectants utilisés dans le foyer ne soient pas périmés;
- l'élaboration d'un processus pour veiller à ce que les précautions supplémentaires comprennent une affiche au point de service claire indiquant que des mesures de PCI sont en place;
- l'élaboration d'un processus de réévaluation annuelle, et des mises à jour si nécessaires, des politiques et procédures du programme de PCI.

Le plan écrit doit comprendre les processus par lesquels le plan sera mis en œuvre, ainsi que les personnes responsables de veiller à la mise en œuvre du plan.

C) L'élaboration et la mise en œuvre d'une méthode de vérification afin de veiller à ce que les processus établis par le foyer soient mis en œuvre comme décrit dans le plan. Les vérifications doivent être effectuées mensuellement et se poursuivre pendant au moins deux mois après la date limite de mise en conformité. Un registre des vérifications doit être tenu.

**Motifs**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer se dote d'un responsable de la prévention et du contrôle des infections (PCI) principalement chargé du programme de PCI du foyer.

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

**District de London**  
159, rue Cédard, bureau 403  
Sudbury, ON, P3E 6A5  
Téléphone : 800 663-6965

### **Justification et résumé**

Conformément à la disposition 102 (15) 2 du Règl. de l'Ont. 246/22, le foyer devait avoir un responsable de la PCI travaillant 26,5 heures par semaine au foyer.

Un examen de l'horaire du responsable de la PCI a révélé que celui-ci n'avait pas toujours un horaire de travail prévu pour travailler pendant le nombre d'heures requis pour ce rôle.

Le DSI et le DG ont tous deux confirmé que la couverture pour la PCI n'était pas toujours disponible dans le foyer et que les rôles et responsabilités du responsable de la PCI manquaient de clarté, puisqu'aucune description du poste n'était en place.

Il y avait un risque modéré pour les personnes résidentes dans le foyer lorsque le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le rôle de la PCI soit défini, mis en priorité et doté de manière à ce que le rôle et les responsabilités requis puissent être accomplis.

**Sources** : Observations dans le foyer; examen de l'horaire de PCI, programme et politiques sur la PCI du titulaire de permis, formulaire d'évaluation du programme de PCI du foyer, norme sur la PCI pour les foyers de soins de longue durée, révisée en septembre 2023, et « Recommandations pour la prévention et le contrôle des éclosions dans les établissements et les lieux d'hébergement collectif »; et un entretien avec le responsable de la PCI, le DSI et le DG.

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 30 septembre 2024.**

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

**District de London**  
159, rue Cédard, bureau 403  
Sudbury, ON, P3E 6A5  
Téléphone : 800 663-6965

## ORDRE DE CONFORMITÉ N° 004 Rapports : incidents

### graves

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

**Non-respect de la disposition : 115 du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Rapports : incidents graves  
art. 115

(1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille, d'une part, à immédiatement informer le directeur, de façon aussi détaillée que possible dans les circonstances, des incidents suivants et, d'autre part, à faire suivre le rapport exigé au paragraphe (5).

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

Le titulaire de permis doit :

- 1) Effectuer un examen documenté des exigences que le titulaire de permis doit respecter en ce qui concerne le signalement des incidents critiques au directeur dans les foyers de soins de longue durée de l'Ontario, comme le décrivent la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (LRSLD) et le Règl. de l'Ont. 246/22 (le « Règlement »).
- 2) Réévaluer et mettre à jour la politique du titulaire du permis sur le signalement des incidents critiques au directeur, en définissant clairement les rôles, les responsabilités et les délais de signalement, y compris le processus en dehors des heures de bureau, afin de s'assurer que dès qu'un incident critique se produit, il est signalé comme le décrivent la Loi et son Règlement. L'examen doit inclure un programme de contingence pour les cas où les personnes dont les responsabilités sont identifiées aux fins de signalement ne sont pas disponibles. Un dossier doit être tenu avec les noms des personnes qui ont participé à l'examen et la date à laquelle toute modification

**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 de London**  
159, rue Cédard, bureau 403  
Sudbury, ON, P3E 6A5  
Téléphone : 800 663-6965

est mise en place.

- 3) Former tous les membres du personnel autorisé, y compris un membre de l'équipe de direction, sur la politique et le processus mis à jour pour le signalement des incidents critiques. Les dossiers sur la formation doivent être tenus, y compris les dates et les noms des personnes qui y ont participé.
- 4) Élaborer et mettre en œuvre un plan écrit pour s'assurer que le foyer se conforme aux exigences énoncées dans la Loi et son Règlement. Ce plan doit établir les processus par lesquels le plan sera mis en œuvre, et les personnes chargées d'en assurer la mise en œuvre.

### **Motifs**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des rapports concernant des incidents critiques soient soumis comme requis.

- 1) Plus précisément, le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le directeur soit immédiatement informé lorsqu'une personne résidente portée disparue est revenue au foyer avec une lésion, comme l'exige la disposition 115 (1) 4 du Règlement de l'Ontario (Règl. de l'Ont.) 246/22.

### **Justification et résumé**

Une personne résidente a fugué du foyer de soins de longue durée et a été amenée à l'hôpital, puis traitée pour des lésions.

Le directeur a été informé de cet incident critique le lendemain.

Le DG a confirmé que personne n'avait appelé la ligne après les heures de bureau et qu'aucun rapport de soumission d'incident critique (SIC) n'avait été soumis au directeur immédiatement.

Le défaut d'aviser immédiatement de directeur de l'incident lors duquel une personne résidente était portée disparue et a 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 de London**  
159, rue Cédard, bureau 403  
Sudbury, ON, P3E 6A5  
Téléphone : 800 663-6965

blessée n'a eu aucun impact sur la personne résidente.

**Sources** : Rapport du SIC, notes d'évolution d'une personne résidente; et un entretien avec le DG.

2) Plus précisément, que le directeur soit avisé lorsqu'une personne résidente était portée disparue pendant moins de trois heures et qu'elle est revenue au foyer sans blessure ou changement indésirable de son état; au plus tard un jour ouvrable après que l'incident ce soit produit, le suivi du rapport requis aux termes de la disposition 115 (5) du Règl. de l'Ont. 246/22, et comme requis aux termes de la disposition 115 (3) 1 du Règl. de l'Ont. 246/22.

#### **Justification et résumé**

Une personne résidente a été portée disparue du foyer à deux reprises et est revenue au foyer sans blessure.

Un examen du portail de rapports du ministère des Soins de longue durée n'a révélé aucun rapport du SIC relativement aux incidents de fugue sans lésion.

Le DG a reconnu qu'il était au courant des exigences législatives en matière de rapport au directeur pour les incidents critiques et que les incidents de fugue auraient dû être signalés alors qu'ils ne l'avaient pas été.

Le défaut de signaler les incidents lors desquels une personne résidente a été portée disparue a placé la personne résidente à risque que les mesures appropriées ne soient pas prises par le foyer pour remédier à d'autres incidents de personnes résidentes portées disparues et les prévenir.

**Sources** : Rapport du SIC, portail de rapports du ministère des Soins de longue durée, notes d'évolution d'une personne résidente, et politique du foyer sur le signalement 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 de London**  
159, rue Cédard, bureau 403  
Sudbury, ON, P3E 6A5  
Téléphone : 800 663-6965

incidents critiques; et un entretien avec le DG.

3) Plus précisément, le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le directeur soit informé au plus tard un jour ouvrable après un incident qui a causé des lésions à des personnes résidentes et qui a entraîné un changement important de leur état de santé, comme l'exige la disposition 115 (3) 4 du Règl. de l'Ont. 246/22.

**a) Justification et résumé**

Une personne résidente est tombée et a subi une blessure. La personne résidente a été transférée dans un hôpital, où elle a reçu un traitement et des soins de suivi.

Aucun rapport du SIC concernant l'incident de chute de la personne résidente n'a pu être localisé.

Le DG a confirmé qu'aucun rapport du SIC n'avait été soumis au directeur relativement à l'incident de chute de la personne résidente.

L'omission de faire rapport au directeur comme requis n'a eu aucun impact sur la santé, la sécurité ou la qualité de vie de la personne résidente.

**Sources** : Portail de rapport des foyers de soins de longue durée du ministère des Soins de longue durée; dossier de santé électronique d'une personne résidente, un rapport d'hôpital, le rapport de gestion de risque du foyer; et entretiens avec le DSI, le DG et d'autres membres du personnel.

**b) Justification et résumé**

Une personne résidente est tombée et a subi une lésion. Le lendemain, la personne résidente a été transférée à l'hôpital, où elle a été admise en raison de la lésion. Le foyer a 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 de London**  
159, rue Cédard, bureau 403  
Sudbury, ON, P3E 6A5  
Téléphone : 800 663-6965

informé de l'admission le même jour.

La direction n'a été informée de l'incident critique que cinq jours après la chute.

Le DG a confirmé qu'aucun rapport du SIC n'avait été soumis au directeur dans les temps requis.

Le défaut d'aviser le directeur en moins d'un jour ouvrable d'un incident causant une lésion à une personne résidente n'a pas eu d'impact sur la santé, la sécurité ou la qualité de vie de la personne résidente.

**Sources** : Rapport du SIC, notes d'évolution d'une personne résidente, un rapport d'hôpital; et entretiens avec le DSI, le DG et d'autres membres du personnel.

4) Plus précisément, le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les rapports faits au directeur incluent le nom des membres du personnel qui étaient présents, comme requis aux termes de la disposition 115 (5) 2. ii. du Règl. de l'Ont. 246/22.

#### **Justification et résumé**

Un rapport du SIC relativement à la chute d'une personne résidente entraînant une lésion a été soumis au directeur. Selon ce rapport, deux membres du personnel aidaient la personne résidente pendant l'incident; leurs noms n'ont pas été inclus dans le rapport.

Le DG a confirmé que le rapport ne comprenait pas les noms des membres du personnel qui étaient présents au moment de l'incident.

L'omission d'inclure les noms des membres du personnel qui étaient présents pendant l'incident critique peut avoir empêché l'analyse de ce qui s'est produit et le suivi opportun 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 de London  
159, rue Cédard, bureau 403  
Sudbury, ON, P3E 6A5  
Téléphone : 800 663-6965

l'incident.

**Sources** : Rapport du SIC, notes d'évolution d'une personne résidente, une évaluation après une chute; et un entretien avec le DG.

5) Plus précisément, le titulaire de permis n'a pas veillé à s'assurer que le directeur soit informé du résultat ou de l'état actuel des personnes résidentes, comme requis aux termes de la disposition 115 (5) 3. v. du Règl. de l'Ont. 246/22.

**a) Justification et résumé**

Une personne résidente a été impliquée dans un incident de chute qui a entraîné un changement de son état de santé.

Le titulaire de permis a avisé le directeur par le biais d'un rapport du SIC que la personne résidente avait été admise à l'hôpital en raison d'une blessure. Le SIC n'a pas été modifié pour inclure le résultat ou l'état actuel de la personne résidente après l'hospitalisation ni pour indiquer quelles mesures à long terme avaient été prises pour corriger la situation et prévenir une récurrence.

Le DG a affirmé qu'il était au courant de la nécessité de fournir une mise à jour au directeur dans les dix jours, mais qu'il ne l'avait toutefois pas fait pour ce cas.

Le défaut de veiller à ce que le directeur soit informé du résultat et de l'état actuel d'une personne résidente après l'incident de chute a potentiellement mis la sécurité de la personne résidente à risque en raison du manque de transparence et de communication continue avec le directeur.

**Sources** : Rapport du SIC, et notes d'évolution d'une personne résidente; et entretien avec le DG.

**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 de London**  
159, rue Cédard, bureau 403  
Sudbury, ON, P3E 6A5  
Téléphone : 800 663-6965

## **b) Justification et résumé**

À deux dates distinctes, des éclosions d'infection aiguë des voies respiratoires ont été déclarées dans le foyer. Le directeur a demandé des modifications, à des dates déterminées, pour les rapports du SIC soumis par le foyer, ce qui aurait apporté une mise à jour sur les éclosions. Les rapports du SIC ont été finalisés sans mise à jour fournie entre temps.

Le DG a vérifié qu'il était au courant des exigences législatives sur la mise à jour des rapports et que les rapports du SIC n'avaient pas été modifiés comme requis.

Le défaut de veiller à ce que le directeur soit informé des mises à jour relatives aux éclosions dans le foyer avant les dates demandées par le directeur pourrait avoir mis à risque la sécurité des personnes résidentes en raison du manque de transparence et de communication.

**Sources** : Rapports du SIC, et entretiens avec le responsable de la PCI et le DG.

6) Plus précisément, le titulaire de permis n'a pas veillé que ce que le mandataire spécial d'une personne résidente soit rapidement avisé lorsque la personne résidente a subi une chute avec lésion.

## **Justification et résumé**

Une personne résidente a subi une chute avec lésion qui nécessitait un transfert à l'hôpital pour un examen plus approfondi. Le mandataire spécial identifié dans le dossier de santé de la personne résidente n'a pas été avisé de la chute.

Un membre du personnel autorisé a reconnu ne pas avoir communiqué avec le mandataire spécial au moment de la chute alors qu'il aurait dû.

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 de London**  
159, rue Cédard, bureau 403  
Sudbury, ON, P3E 6A5  
Téléphone : 800 663-6965

L'omission d'aviser le mandataire spécial de la personne résidente comme requis pourrait avoir empêché le mandataire spécial d'être informé de la situation et de prendre les mesures nécessaires.

**Sources** : Rapport du SIC, notes d'évolution d'une personne résidente, et un rapport de gestion du risque; et un entretien avec un membre du personnel autorisé.

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 30 septembre 2024.**

## **ORDRE DE CONFORMITÉ N° 005 Système de gestion 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 la disposition : 123 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Systeme de gestion des médicaments  
par. 123 (2) Le titulaire de permis veille à ce que des politiques et des protocoles écrits soient élaborés pour le système de gestion des médicaments afin de veiller à ce que tous les médicaments utilisés au foyer soient acquis, préparés, reçus, entreposés, administrés, détruits et éliminés de façon rigoureuse.

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

Le titulaire de permis doit :

1) Effectuer un examen documenté des exigences que les titulaires de permis doivent respecter concernant la gestion 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 de London**

159, rue Cédard, bureau 403  
Sudbury, ON, P3E 6A5  
Téléphone : 800 663-6965

médicaments dans les foyers de soins de longue durée de l'Ontario, tel que décrit dans la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée (LRSLD)*, le Règl. de l'Ont. 246/22 (le « Règlement »), en particulier relativement à l'administration de médicaments et aux personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP).

2) Élaborer et mettre en œuvre un processus écrit pour l'administration de l'oxygénothérapie, y compris notamment :

- l'usage et la gestion de tous les dispositifs de distribution de l'oxygène applicables, qui sont harmonisés aux exigences examinées à l'étape 1 et conformément aux pratiques fondées sur des données probantes ou aux pratiques couramment admises;
- une identification claire des personnes ou des postes qui sont autorisés à administrer l'oxygénothérapie, y compris leurs rôles et responsabilités;
- les exigences pour l'évaluation de la saturation en oxygène;
- les exigences concernant la documentation de toutes les interventions mises en œuvre par les personnes qui les ont mises en œuvre.

Un dossier doit être tenu avec les noms des personnes qui ont participé à l'élaboration du processus.

3) Former tous les membres du personnel qui administrent l'oxygénothérapie et gèrent les dispositifs de distribution de l'oxygène au sujet du processus élaboré à l'étape 2.

4) Tenir des dossiers, comprenant les noms des personnes qui ont fourni la formation, le contenu de la formation, les dates, les noms, les signatures des membres du personnel formés ainsi que le processus mis en œuvre utilisé pour évaluer les leçons apprises pendant la formation fournie.

**Motifs**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des politiques et protocoles écrits soient élaborés pour le système de gestion des médicaments afin d'assurer l'administration adéquate de tous les médicaments utilisés 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 de London**

159, rue Cédard, bureau 403  
Sudbury, ON, P3E 6A5  
Téléphone : 800 663-6965

Conformément à la disposition 140 (3) b) ii du Règl. De l'Ont. 246/22, le titulaire de permis devait veiller à ce qu'aucune personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) n'administre de médicament à une personne résidente du foyer, sauf si elle a reçu une formation en administration de médicaments, conformément aux politiques et protocoles écrits élaborés dans le cadre du paragraphe 123 (2).

Plus précisément, le foyer n'a pas élaboré de politique permettant à une PSSP d'administrer de l'oxygène aux personnes résidentes du foyer de soins de longue durée.

**Justification et résumé**

Une plainte a été soumise auprès du ministère des Soins de longue durée, en citant plusieurs préoccupations au sujet des soins pour une personne résidente impliquant l'administration d'oxygène et l'usage d'équipement pour l'oxygène.

Plusieurs membres du personnel ont affirmé que les personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP) et les aides-infirmières (AI) étaient responsables de l'administration de l'oxygène et de la gestion des réservoirs d'oxygène.

Les membres du personnel autorisé ont indiqué qu'il n'y avait pas de formation ou de politique officielle en place pour aider les PSSP avec leurs responsabilités concernant l'administration de l'oxygène. Ils ont confirmé que les PSSP étaient dirigées par le personnel autorisé en ce qui concerne le débit à fournir et qu'on leur enseignait comment faire fonctionner les concentrateurs d'oxygène, y compris pour le remplissage des réservoirs, par les membres du personnel qui connaissaient la procédure.



**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 de London**  
159, rue Cédard, bureau 403  
Sudbury, ON, P3E 6A5  
Téléphone : 800 663-6965

Le DSI a confirmé que l'oxygène était un médicament; que le foyer ne disposait pas de politique qui permettrait aux PSSP ou aux AI d'administrer des médicaments dans le foyer. Il a affirmé que même si le foyer fournissait une formation sur le terrain pour la gestion des dispositifs de distribution de l'oxygène, aucun dossier n'était tenu; qu'il n'y avait pas de formation ou de procédure officielle à suivre en place relativement à l'usage de l'oxygène.

L'omission d'élaborer une politique et un processus de formation pour que les PSSP administrent de l'oxygène dans le foyer a engendré des pratiques inadéquates relatives à l'oxygène pour une personne résidente qui n'a donc pas reçu l'oxygène tel que prescrit.

**Sources** : Dossier de santé électronique et papier d'une personne résidente; la liste de vérification du foyer, les rapports d'étude des documents, les dossiers internes du foyer et la politique du foyer pour l'oxygénothérapie; et entretiens avec le DSI et d'autres membres du personnel.

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 30 septembre 2024.**

## **ORDRE DE CONFORMITÉ N° 006 Administration de médicaments**

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

**Non-respect de la disposition : 140 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Administration de médicaments  
par. 140 (2) Le titulaire de permis veille à ce que les médicaments soient administrés aux résidents conformément au

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 de London  
159, rue Cédard, bureau 403  
Sudbury, ON, P3E 6A5  
Téléphone : 800 663-6965

mode d'emploi précisé par le prescripteur. Par. 140 (2) du Règl.  
de l'Ont. 246/22.

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

Le titulaire de permis doit :

- 1) Effectuer un examen documenté des politiques sur le programme de gestion des médicaments propre au traitement et à la transcription des ordonnances dans le dossier d'administration des médicaments (MAR) afin de veiller à ce que le processus de transcription des ordonnances prescrites soit clairement défini.
- 2) Former de nouveau tous les membres du personnel autorisé sur les politiques du titulaire de permis telles que révisées à l'étape 1, y compris qui, quand et comment traiter et transcrire une ordonnance, particulièrement une ordonnance d'oxygène avec une gamme de doses d'administration, ainsi que l'exigence de suivre les ordonnances médicales exactement telles qu'elles sont prescrites.
- 3) Tenir des dossiers, y compris les noms des personnes dispensant la formation, le contenu de la formation, les dates, les noms et les signatures des membres du personnel qui ont participé à la formation.
- 4) Créer et mettre en œuvre un processus de vérification pour les résultats d'une personne résidente en particulier et des résultats de toute autre personne résidente qui reçoit une prescription d'oxygénothérapie, assurant que toutes les ordonnances relatives à l'oxygène soient transcrites dans le MAR et que les ordonnances soient respectées et documentées exactement tel que prescrit. Ces vérifications doivent être effectuées deux fois par semaine, pour une durée de trois semaines après la signification du présent ordre.
- 5) Tenir un dossier documenté de chaque vérification, y compris le nom du vérificateur, la date et l'heure de la vérification, ainsi que toute mesure corrective prise. Inclure toute erreur,

**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 de London**

159, rue Cédard, bureau 403  
Sudbury, ON, P3E 6A5  
Téléphone : 800 663-6965

omission ou correction, le nom du membre du personnel qui l'a produite, et toute nouvelle formation fournie à ce membre du personnel.

**Motifs**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les médicaments soient administrés aux personnes résidentes conformément au mode d'emploi précisé par le prescripteur.

**Justification et résumé**

Une personne résidente a reçu une prescription pour recevoir une quantité précise d'oxygène au repos, avec une augmentation lors d'activités; l'ordonnance était en vigueur depuis quatre mois.

Des observations de l'administration de l'oxygène à la personne résidente ont révélé que la personne résidente ne recevait pas toujours la quantité d'oxygène prescrite.

Un examen du dossier électronique d'administration des médicaments (eMAR) depuis le moment où l'oxygène a été prescrit a révélé que l'ordonnance d'oxygène n'avait pas été transcrite. En outre, il y avait plusieurs blancs dans les documents pour les tâches prescrites relatives à l'oxygène.

Plusieurs membres du personnel ont confirmé que l'oxygène était toujours administré au même débit et non tel quel prescrit. De plus, plusieurs membres du personnel autorisé ont confirmé que l'ordonnance d'oxygène n'avait pas été transcrite dans le dossier eMAR de la personne résidente.

Le défaut de veiller à ce que les ordonnances d'oxygène d'une personne résidente soient transcrites et administrées correctement a fait que la personne résidente ne recevait pas d'oxygène supplémentaire selon le débit prescrit lorsque requis. Lorsque le personnel autorisé a omis de réaliser les ordonnances

**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 de London**  
159, rue Cédard, bureau 403  
Sudbury, ON, P3E 6A5  
Téléphone : 800 663-6965

restantes relatives à l'oxygène, la personne résidente a été mise à risque parce que ses besoins en oxygène pendant les activités et le repos n'étaient pas constamment évalués et que le débit n'était pas ajusté tel que précisé.

**Sources** : Observations d'une personne résidente; dossier eMAR d'une personne résidente, ordonnances du prescripteur pour l'oxygène, liste de vérification sur l'oxygène du foyer, et rapports d'étude des documents; et entretiens avec le DSI et d'autres membres du personnel.

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 30 septembre 2024.**

## **INFORMATIONS POUR UNE RÉVISION/UN APPEL**

### **PRENDRE ACTE**

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

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

**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 de London**

159, rue Cédard, bureau 403  
Sudbury, ON, P3E 6A5  
Téléphone : 800 663-6965

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 commercial à la personne indiquée ci-dessous :

**Directeur**

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

Si la signification se fait :

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

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

**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 de London**

159, rue Cédard, bureau 403  
Sudbury, ON, P3E 6A5  
Téléphone : 800 663-6965

réputé avoir signifié au titulaire de permis une copie de ladite décision à l'expiration du délai de 28 jours.

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

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

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

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

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

**Directeur**

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

**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 de London**  
159, rue Cédard, bureau 403  
Sudbury, ON, P3E 6A5  
Téléphone : 800 663-6965

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).