

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

**District du Centre-Est**  
33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1J 7J2  
Téléphone : 844 231-5702

## Rapport public initial

**Date d'émission du rapport :** 25 juin 2024

**Numéro d'inspection :** 2024-1200-0001

**Type d'inspection :** Suivi d'une  
plainte d'incident grave

**Titulaire de permis :** Caessant-Care Nursing and Retirement Homes Limited

**Foyer de soins de longue durée et ville :** Caessant Care Lindsay Nursing Home, Lindsay

**Inspectrice principale/Inspecteur principal**

Laura Crocker (741753)

**Signature numérique de l'inspectrice/Signature  
numérique de l'inspecteur**

Laura L  
Crocker

Signé numériquement  
par Laura L Crocker  
Date : 2024.07.10 11:59:56  
-04'00"

**Autres inspectrices ou inspecteurs**

Sami Jarour (570)

Jennifer Batten (672)

Sharon Connell (741721)

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 14 au 17 mai, du 21 au 24 mai, du 27 au 29 mai 2024.

Les inspections concernaient :

- deux plaintes concernant des allégations de mauvais traitements entre résidents;
- deux plaintes concernant des allégations de soins prodigués de manière inadéquate ou incompétente à un résident;
- une plainte concernant la disparition de médicaments;
- quatre plaintes concernant des chutes ayant entraîné des blessures;

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**  
33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1J 7J2  
Téléphone : 844 231-5702

- une plainte concernant la prévention et le contrôle des infections et des retards dans la production de rapports;
- une plainte concernant la disparition de médicaments;
- une plainte concernant une allégation de mauvais traitements à l'égard d'un résident par un membre du personnel.
- trois plaintes concernant la disparition de substances désignées.

## Ordres de conformité délivrés antérieurement

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

Ordre n° 008 de l'inspection n° 2023-1200-0003 relativement à la disposition 123 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22 effectuée par Laura Crocker (741753)

Ordre n° 010 de l'inspection n° 2023-1200-0003 relativement à la disposition 6 (1) c) de la LRSLD (2021) réalisée par Laura Crocker (741753)

Ordre n° 003 de l'inspection n° 2023-1200-0003 relativement à la disposition 40 du Règl. de l'Ont. 246/22 réalisée par Sami Jarour (570)

Ordre n° 002 de l'inspection n° 2023-1200-0003 relativement à la disposition 20 a) du Règl. de l'Ont. 246/22 réalisée par Sharon Connell (741721)

Ordre n° 007 de l'inspection n° 2023-1200-0003 relativement à la disposition 102 (8) du Règl. de l'Ont. 246/22 réalisée par Jennifer Batten (672)

Ordre n° 009 de l'inspection n° 2023-1200-0003 relativement à la disposition 3 (1) 18 de la LRSLD (2021) réalisée par Sharon Connell (741721)

Ordre n° 011 de l'inspection n° 2023-1200-0003 relativement à la disposition 19 (2) c) de la LRSLD (2021) réalisée par Jennifer Batten (672)

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**  
33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1J 7J2  
Téléphone : 844 231-5702

Ordre n° 004 de l'inspection n° 2023-1200-0003 relativement à la disposition 55 (2) b) (iv) du Règl. de l'Ont. 246/22 réalisée par Laura Crocker (741753)

Ordre n° 005 de l'inspection n° 2023-1200-0003 relativement à la disposition 77 (8) du Règl. de l'Ont. 246/22 réalisée par Jennifer Batten (672)

Ordre n° 012 de l'inspection n° 2023-1200-0003 relativement à la disposition 79 (1) 10 du Règl. de l'Ont. 246/22 réalisée par Jennifer Batten (672)

Ordre n° 006 de l'inspection n° 2023-1200-0003 relativement à la disposition 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22 réalisée par Jennifer Batten (672)

Ordre n° 001 de l'inspection n° 2023-1200-0003 relativement à la disposition 6 (4) a) de la LRSLD (2021) réalisée par Sharon Connell (741721)

L'inspection n'a **PAS** permis d'établir la conformité à l'ordre ou aux ordres de conformité suivants délivrés antérieurement :

Ordre n° 013 de l'inspection n° 2023-1200-0003 relativement à la disposition 140 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22 effectuée par Laura Crocker (741753)

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 prise en charge des lésions cutanées et des plaies (Skin and Wound Prevention and Management)
- Soins liés à l'incontinence (Continence Care), Gestion des médicaments (Medication Management)
- Alimentation, nutrition et hydratation (Food, Nutrition and Hydration)
- Prévention et contrôle des infections (Infection Prevention and Control)
- Foyer sûr et sécuritaire (Safe and Secure Home)
- Comportements réactifs (Responsive Behaviours)
- Prévention des mauvais traitements et de la négligence (Prevention of Abuse and Neglect)
- Droits et choix des résidents (Residents' Rights and Choices)
- Plaintes (Complaints)
- 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 Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1J 7J2  
Téléphone : 844 231-5702

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### AVIS ÉCRIT : DÉCLARATION DES DROITS DES RÉSIDENTS

Problème de conformité n° 001 — avis écrit remis aux termes de la disposition 154(1)1 de la *LRS LD (2021)*.

**Non-respect de la disposition : 3(1) 1. de la LRS LD (2021)**

Déclaration des droits des résidents

3(1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au plein respect et à la promotion des droits suivants des résidents :

1. Le résident a le droit d'être traité avec courtoisie et respect et d'une manière qui tient pleinement compte de sa dignité, de sa valeur et de son individualité inhérentes, sans égard à la race, à l'ascendance, au lieu d'origine, à la couleur, à l'origine ethnique, à la citoyenneté, à la croyance, au sexe, à l'orientation sexuelle, à l'identité sexuelle, à l'expression de l'identité sexuelle, à l'âge, à l'état matrimonial, à l'état familial ou à un handicap.

Le titulaire du permis n'a pas veillé à ce que le résident n° 005 soit traité avec courtoisie et respect et de manière à tenir pleinement compte de sa dignité, de sa valeur et son individualité inhérentes.

**Justification et résumé :**

Un rapport d'incident grave (RIG) a été soumis au directeur signalant des allégations de mauvais traitements physiques infligés à un résident.

Le résident n° 005 a déclaré avoir été transféré de force dans son fauteuil par deux préposées aux services de soutien personnel (PSSP) contre son gré.

À l'issue de son enquête, le titulaire de permis a conclu que le personnel avait fait usage de force physique, causant des blessures et violant le droit de choisir du résident.

Lors d'entretiens distincts, le résident n° 005 a indiqué qu'il était bouleversé et dévasté, car il n'avait jamais été traité de la sorte. Le PSSP n° 101 a reconnu que le résident avait été transféré du lit contre sa volonté. Le directeur des soins infirmiers (DSI) a reconnu que lorsque les PSSP n° 101 et n° 102 ont sorti le résident de son lit contre son gré, ils ont agi à l'encontre du droit du résident d'être traité avec dignité et respect.

Le fait de ne pas respecter et de ne pas assurer le droit du résident n° 005 à être traité avec respect et dignité pendant la prestation des soins a exposé le résident à un risque de préjudice émotionnel et physique.

**Sources :** RIG, dossiers cliniques du résident n° 005, entretiens avec les PSSP n° 101 et le DSI. [570]

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**  
33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1J 7J2  
Téléphone : 844 231-5702

## **AVIS ÉCRIT : DÉCLARATION DES DROITS DES RÉSIDENTS**

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 : 3 (1) 2 de la LRSLD (2021)**

Déclaration des droits des résidents

3(1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au plein respect et à la promotion des droits suivants des résidents :

2. Le résident a droit au respect de son mode de vie et de ses choix.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le résident ait droit au respect de son mode de vie et de ses choix ainsi qu'à leur assurance.

### **Justification et résumé :**

Un RIG a été soumis au directeur signalant des allégations de mauvais traitements infligés à un résident.

Le résident n° 005 a déclaré avoir été transféré de force dans son fauteuil par deux PSSP contre son gré.

À l'issue de son enquête, le titulaire de permis a conclu que le personnel avait en effet transféré le résident dans son fauteuil contre sa volonté.

Lors d'entretiens distincts, le résident n° 005 a indiqué qu'il était bouleversé et dévasté, car il n'avait jamais été traité de la sorte. Le PSSP n° 101 a reconnu que le résident avait été transféré du lit contre sa volonté, ce qui l'a bouleversé.

Le fait de ne pas respecter et de ne pas assurer le droit du résident n° 005 à son mode de vie et à ses choix a exposé le résident à un risque de préjudice émotionnel et physique.

**Sources :** RIG, dossiers cliniques du résident n° 005, entretiens avec les PSSP n° 101 et le DSI. [570]

## **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 la disposition : 6 (1) c de la LRSLD (2021)**

Programme de soins

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.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**  
33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1J 7J2  
Téléphone : 844 231-5702

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins d'un résident établisse des directives claires à l'égard du personnel et des autres personnes qui fournissent des soins directs au résident, notamment en ce qui a trait à l'incontinence et aux besoins en matière de transfert et de mobilité.

**Justification et résumé :**

La sonnette d'appel du résident n° 024 a été activée et il a été vu appeler à l'aide pour se faire transférer des toilettes.

Le programme de soins du résident indique que le personnel doit transférer le résident avec l'aide d'un membre du personnel et, dans une section distincte, indique que deux membres du personnel doivent aider le résident à se déplacer.

Le PSSP n° 131 et l'infirmière auxiliaire autorisée (IAA) n° 130 ont indiqué que deux membres du personnel devaient aider le résident à se déplacer.

Le coordinateur de l'instrument d'évaluation des résidents a indiqué que le programme de soins aurait dû être mis à jour. Le DSI a indiqué que les programmes de soins des résidents du foyer devaient fournir des instructions claires au personnel qui s'occupe directement des résidents.

En ne veillant pas à ce que le programme de soins du résident n° 024 fournisse des directives claires au personnel et aux autres personnes qui lui prodiguent des soins directs, le résident courrait le risque que ses besoins ne soient pas satisfaits, comme il se doit.

**Sources :** Observations; Kardex actuel du résident n° 024 et programme de soins écrit; entretiens avec le PSSP n° 131, l'IAA n° 130, le coordinateur de l'instrument d'évaluation des résidents et le DSI. [672]

**AVIS ÉCRIT : PROGRAMME DE SOINS**

Problème de conformité n° 004 — avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRS LD (2021)*.

**Non-respect de la disposition : 6(7) de la LRS LD (2021)**

Programme de soins

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.

1) Le titulaire du permis n'a pas veillé à ce que le résident n° 024 reçoive les soins indiqués dans son programme, notamment en ce qui concerne l'incontinence et les toilettes.

**Justification et résumé :**

La sonnette d'appel du résident n° 024 a été activée et il a été vu appeler à l'aide pour se faire transférer des toilettes.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**  
33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1J 7J2  
Téléphone : 844 231-5702

L'examen du programme de soins actuel du résident n° 024 indique que le résident présente un risque de chute et qu'il ne doit pas être laissé sans surveillance sur les toilettes.

Au cours d'entretiens distincts, le résident, le PSSP n° 131 et l'IAA n° 130 ont indiqué que d'aider le résident à se rendre aux toilettes faisait partie de sa routine, qu'il devait activer la sonnette pour obtenir de l'aide en cas de besoin et qu'il était laissé sans surveillance.

En ne veillant pas à ce que le résident n° 024 reçoive les soins spécifiés dans son programme, à savoir qu'il ne doit pas être laissé sans surveillance sur les toilettes, le titulaire de permis a mis le résident en danger de se blesser ou de tomber.

**Sources :** Observations; Kardex actuel du résident n° 024 et programme de soins écrit; entretiens avec le PSSP n° 131, l'IAA n° 130 et le DSI. [672]

2) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis au résident n° 026, comme il est indiqué dans le programme.

**Justification et résumé :**

Un RIG a été soumis au directeur pour une allégation de traitement administré de manière inappropriée/incompétente.

Le résident n° 026 a déclaré que les PSSP n° 101 et n° 112 l'ont aidé à passer du lit au fauteuil roulant sans utiliser le lève-personne mécanique.

Le programme de soins du résident indique que deux membres du personnel doivent le transférer à l'aide d'un lève-personne mécanique pour tous les transferts.

Le DSI et le PSSP n° 101 ont reconnu que le résident n° 026 avait été transféré de manière incorrecte.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que le résident n° 026 soit transféré comme prévu dans le programme de soins a exposé le résident à un risque de préjudice lors d'un transfert inapproprié.

**Sources :** RIG, dossiers cliniques du résident n° 026, entretiens avec le PSSP n° 101 et le DSI. [570]

**AVIS ÉCRIT : OBLIGATION DE PROTÉGER**

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

**Non-respect de la disposition : 24(1) de la LRS LD (2021)**

Obligation de protéger

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**  
33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1J 7J2  
Téléphone : 844 231-5702

24(1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée protège les résidents contre les mauvais traitements de la part de qui que ce soit et veille à ce que les résidents ne fassent l'objet d'aucune négligence de sa part ou de la part du personnel.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le résident n° 004 soit protégé contre le mauvais traitement infligé par le personnel.

Aux fins de la Loi et du présent règlement, la « négligence » signifie le fait de ne pas fournir à un résident les traitements, les soins, les services ou l'aide nécessaires à sa santé, à sa sécurité ou à son bien-être, et comprend l'inaction ou une tendance à l'inaction qui compromet la santé, la sécurité ou le bien-être d'un ou de plusieurs résidents.

**Justification et résumé :**

Le produit d'incontinence du résident n° 004 n'a pas été changé pendant environ 12 heures.

Une enquête interne a été menée et a révélé qu'environ cinq PSSP n'avaient pas prodigué de soins liés à l'incontinence au résident.

Le PSSP n° 119 et le DSI ont confirmé que le résident n° 004 n'avait pas reçu de soins personnels pendant environ 12 heures.

Le résident n° 004 n'ayant pas été protégé contre un acte de négligence de la part du personnel, il a été exposé à un risque de rupture de la peau, d'inconfort physique et de détresse émotionnelle.

**Sources :** RIG; notes d'enquête interne et de gestion des risques et lettres disciplinaires à l'intention du personnel; dossiers cliniques du résident n° 004, entretiens avec le responsable du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement (OSTC), l'IAA n° 113, le PSSP n° 119 et le DSI. [672]

## **AVIS ÉCRIT : POLITIQUE VISANT À PROMOUVOIR LA TOLÉRANCE ZÉRO**

Problème de conformité n° 006 — avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRS LD (2021)*.

**Non-respect de la disposition : 25(1) de la LRS LD (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.

1) Le titulaire du permis n'a pas veillé à ce que la politique écrite du foyer visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents et les autres résidents soit respectée.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**  
33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1J 7J2  
Téléphone : 844 231-5702

**Justification et résumé :**

Un RIG a été soumis au directeur, indiquant qu'il y a eu une altercation physique non provoquée entre les résidents n° 043 et n° 044.

La politique de tolérance zéro du foyer en matière de mauvais traitements et de négligence indique qu'en cas d'incident de mauvais traitement physique entre résidents, le personnel doit immédiatement en informer l'infirmière et le directeur général ou la personne désignée. Le responsable de service ou la personne désignée ouvrira l'enquête dès que possible et le mandataire spécial en sera informé. La politique indique que le mandataire spécial sera avisé, que toutes les personnes impliquées dans l'incident seront identifiées, que des déclarations écrites seront reçues et que des entretiens seront menés, dans un délai de 24 heures si possible. Les visiteurs susceptibles d'avoir été présents au moment de l'incident ont été interrogés. Tous les documents doivent être conservés dans un dossier d'enquête.

L'administrateur a reconnu qu'une partie de la politique de tolérance zéro du foyer en matière de mauvais traitements et de négligence incluait la conservation de la documentation dans un dossier d'enquête, ainsi que les notes d'entretien et les déclarations. L'administrateur a remis à l'inspecteur l'enquête menée par le foyer pour ce RIG, dans une chemise en plastique. La chemise ne contenait pas la liste de contrôle de l'enquête sur les mauvais traitements et la négligence, un entretien ou une déclaration du consultant en nutrition.

Le fait que le consultant en nutrition n'ait pas été interrogé et que la liste de contrôle n'ait pas été remplie a pu accroître le risque, car des interventions auprès du résident ayant des comportements réactifs ont pu être omises pour éviter d'autres altercations avec d'autres résidents.

**Sources :** politique du titulaire de permis, notes d'enquête du titulaire de permis, entretien avec l'administrateur. [741753]

2) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les documents de l'enquête sur les mauvais traitements physiques infligés à un résident par un autre résident soient conservés, comme indiqué dans un RIG.

**Justification et résumé :**

Un rapport d'incident grave a été soumis au directeur, relativement à un incident de mauvais traitements physiques qui ont eu lieu entre les résidents n° 034 et n° 033.

La politique de prévention des mauvais traitements du foyer indique que les documents d'enquête doivent être conservés dans un dossier, y compris, mais sans s'y limiter, le rapport d'incident, le rapport de gestion des risques, toutes les déclarations, toutes les notes d'entretien, les copies des évaluations – initiale et de suivi – une copie du programme de soins initial et une copie du programme de soins le plus récent.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**  
33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1J 7J2  
Téléphone : 844 231-5702

Le directeur général a confirmé lors d'un entretien qu'aucun dossier d'enquête n'avait été conservé.

Le fait de ne pas tenir de dossier d'enquête, comme le prévoient les politiques de prévention des mauvais traitements du titulaire de permis, n'a eu aucune incidence sur les résidents impliqués dans l'incident de mauvais traitements.

**Sources :** RIG, dossiers cliniques des résidents n° 033 et n° 034, politiques du titulaire de permis, courriel du directeur général et entretien avec ce dernier. [741721]

## **AVIS ÉCRIT : OBLIGATION DE FAIRE RAPPORT AU DIRECTEUR DANS CERTAINS CAS**

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 : 28 (1) 1 de la LRSLD (2021)**

Obligation de 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.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne qui avait des motifs raisonnables de soupçonner l'administration de soins inappropriés à un résident qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice signale immédiatement ses soupçons et les renseignements sur lesquels ils étaient fondés au directeur.

### **Justification et résumé :**

Un RIG a été soumis au directeur pour une allégation de traitement administré de manière inappropriée/incompétente au résident n° 026.

Le résident n° 026 a indiqué qu'il avait reçu l'aide de deux PSSP pour un transfert du lit au fauteuil roulant, mais sans qu'ils utilisent le lève-personne mécanique.

Le DSI a reconnu que le résident n° 026 avait été transféré de manière inappropriée et qu'il avait été mis en danger. Le DSI confirme que l'incident n'a pas été rapporté immédiatement au directeur.

Le fait de ne pas signaler immédiatement au directeur les allégations de soins inappropriés pourrait entraîner d'autres incidents sans suivi adéquat.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**  
33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1J 7J2  
Téléphone : 844 231-5702

**Sources :** RIG, dossiers cliniques du résident n° 026 et entretien avec le DSI. [570]

## **AVIS ÉCRIT : OBLIGATION DE FAIRE RAPPORT AU DIRECTEUR DANS CERTAINS CAS**

Problème de conformité n° 008 — avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRS LD (2021)*.

### **Non-respect de la disposition : 28 (1) 2 de la LRS LD (2021)**

Obligation de 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 l'allégation de mauvais traitements entre les résidents n° 033 et n° 034 soit signalée immédiatement au directeur.

### **Justification et résumé :**

Un RIG a été soumis au directeur signalant des allégations de mauvais traitements infligés à un résident. L'incident a été signalé le lendemain de l'incident.

Le directeur général a confirmé qu'il était obligatoire de signaler les cas de mauvais traitements présumés ou soupçonnés le jour même.

En ne signalant pas immédiatement un incident de mauvais traitement physique entre les résidents, qui a entraîné un préjudice ou un risque de préjudice pour le résident, il n'y a pas eu de conséquence pour les résidents.

**Sources :** RIG, dossiers cliniques des résidents n° 033 et n° 034, entretien avec le directeur général. [741721]

## **AVIS ÉCRIT : CONDITIONS DU PERMIS**

Problème de conformité n° 009 — avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRS LD (2021)*.

### **Non-respect de la disposition : 104(4) de la LRS LD (2021)**

Conditions du 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 du Centre-Est**  
33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1J 7J2  
Téléphone : 844 231-5702

104(4) Le titulaire de permis se conforme aux conditions dont est assorti le permis.

Le titulaire ne s'est pas conformé aux conditions n° 4 et n° 5 de l'ordre de mise en conformité n° 013 de l'inspection n° 2023\_1200\_0003, liée à la disposition 140 (2) du Règl. de l'Ont., Administration de médicaments, émis le 21 décembre 2023, dont la date limite de conformité était le 31 mars 2024.

Plus précisément, le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel autorisé reçoive une mise à niveau lorsqu'il ne respectait pas la politique en matière de médicaments et ne suivait pas les ordonnances du médecin pour administrer les médicaments prescrits aux résidents.

**Justification et résumé :**

Le titulaire de permis a reçu l'ordre de se conformer à ce qui suit :

4) Réaliser des contrôles quotidiens du dossier électronique d'administration des médicaments (DEAM) des résidents diabétiques pendant trois semaines afin de s'assurer que le personnel autorisé suit les ordonnances du médecin et administre les médicaments tels qu'ils ont été prescrits.

5) Analyser les résultats du contrôle pour déterminer quels sont les membres du personnel autorisés qui ne respectent pas la politique d'administration des médicaments et veiller à leur mise à niveau, le cas échéant. Veiller à ce qu'un registre soit conservé comprenant le nom de la personne qui a effectué le contrôle, les dates auxquelles les contrôles ont été réalisés, toute documentation non remplie recensée, ainsi que la date et le nom des membres du personnel qui ont dû suivre une mise à niveau. Fournir immédiatement les registres de contrôle à l'inspecteur sur demande.

L'examen des contrôles quotidiens du DSI a permis de constater la présence d'une colonne permettant au DSI de documenter si les médicaments d'un résident ont été administrés conformément aux ordonnances du médecin et de dresser la liste de toute documentation non remplie recensée. À la fin de la période de contrôle de trois semaines, le DSI devait analyser les contrôles.

L'examen des contrôles d'administration des médicaments du DSI a montré qu'à plusieurs reprises, environ sept résidents n'avaient pas reçu leurs médicaments comme prescrit. Le contrôle du DSI a également révélé que de nombreux résidents avaient refusé de prendre leurs médicaments.

Le DSI a déclaré que ces résidents avaient le droit de refuser le médicament et que si ce refus était ponctuel, le personnel infirmier utilisait ses compétences, ses connaissances et son jugement et n'informait pas le médecin que le médicament n'avait pas été administré conformément à l'ordonnance.

La politique d'administration des médicaments du foyer indique qu'un incident lié aux médicaments est un événement évitable susceptible de provoquer ou de conduire à une utilisation inappropriée d'un médicament ou à un préjudice pour le patient alors que le médicament est sous le contrôle du professionnel de la santé, du patient ou du consommateur. Les incidents liés aux médicaments peuvent

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**  
33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1J 7J2  
Téléphone : 844 231-5702

être liés à la pratique professionnelle, aux produits pharmaceutiques, aux procédures et aux systèmes, et concerner notamment l'ordonnance, la communication des commandes, l'étiquetage/l'emballage/la nomenclature des produits, la préparation, la livraison, la distribution, l'administration, la formation, la surveillance et l'utilisation. Le document CareRX sur les incidents liés aux médicaments énumère les types d'incidents possibles, y compris les retards de livraison et les médicaments non livrés, qui se réfèrent aux médicaments qui ne sont pas livrés au moment requis pour permettre une administration sécuritaire des médicaments; l'omission de dose, qui se réfère à une dose prescrite pour un résident qui n'a pas été administrée; par exemple, il est fréquent de constater qu'il reste une dose dans un chariot de médicaments ou qu'il manque une pilule dans une plaquette de médicaments.

La politique de documentation du foyer indique que la documentation comprend les rapports d'incidents, les registres de médicaments et de traitements, les notes narratives et les ordonnances des médecins.

L'orientation du personnel du foyer indique que si un résident refuse de prendre ses médicaments, le personnel doit en informer le responsable des soins infirmiers. Dans un courriel envoyé par le DSI, il est indiqué que si un résident refuse de prendre ses médicaments, une note d'évolution est automatiquement générée. Les responsables des soins infirmiers examinent le rapport de 24 heures et peuvent déterminer si un résident a refusé de prendre ses médicaments. Si un résident refuse de prendre des médicaments à plusieurs reprises, une note d'évolution est attendue. Pour un événement ponctuel, le personnel infirmier fait appel à ses compétences et à son jugement professionnels. Le DSI a reconnu que le refus des médicaments par les résidents constituait une lacune et que le personnel avait besoin d'être mieux formé.

Les contrôles et l'analyse du DSI ont montré que ce dernier n'avait pas veillé à ce que le personnel autorisé respecte les ordonnances des médecins et administre les médicaments prescrits aux résidents susmentionnés. L'analyse du DSI n'a pas permis de déterminer quels membres du personnel ne respectaient pas la politique d'administration des médicaments, notamment l'absence de rapports d'incidents liés aux médicaments, comme requis lorsque les médicaments n'étaient pas disponibles et qu'ils utilisaient la pharmacie de secours. Les contrôles du DSI n'ont pas permis de déterminer quels membres du personnel n'avaient pas assuré le suivi et collaboré avec la pharmacie ou le médecin pour s'assurer que les médicaments du résident étaient administrés conformément à l'ordonnance, lorsque le résident les refusait, lorsque les médicaments étaient en rupture de stock, lorsque les médicaments du résident n'étaient pas couverts, lorsque les médicaments du résident n'étaient pas administrés parce que ce dernier dormait et lorsque la glycémie du résident était inférieure à six ni que le personnel avait suivi le protocole de gestion de l'hypoglycémie du foyer. Les contrôles du DSI n'indiquent pas que le personnel avait reçu une mise à niveau conformément à l'ordre de conformité lorsque les résidents susmentionnés n'ont pas reçu les médicaments prescrits et ne font pas état d'une documentation partielle.

La santé des résidents a pu être mise en danger par le fait que le personnel autorisé ne leur a pas donné les médicaments prescrits et n'a pas respecté l'ordre de conformité n° 013.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**  
33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1J 7J2  
Téléphone : 844 231-5702

**Sources :** Politiques d'administration des médicaments du titulaire de permis, politique de documentation du titulaire de permis, correspondance par courriel, dossiers cliniques du résident et dossiers électroniques d'administration des médicaments (DEAM), contrôles de l'ordre de conformité. [741753]

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

**AVIS DE PÉNALITÉ ADMINISTRATIVE (APA)**

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

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

**Lié à l'ordre de conformité (Problème de conformité n° 009)**

En vertu de l'article 158 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*, le titulaire de permis doit payer une pénalité administrative de 1 100,00 \$, à verser dans les 30 jours suivant la date de la facture.

Conformément aux paragraphes 349(6) et (7) du Règlement de l'Ontario 246/22, la pénalité administrative est infligée pour les raisons suivantes :

Le titulaire de permis n'a pas respecté un ordre en vertu de l'article 155 de la Loi.

**Historique de la conformité :**

Plainte : n° 00104781, Suivi n° 1 – OC n° 013/2023-1200-0003 relativement à la disposition 140 (2) du Règl. de l'Ont., Administration des médicaments, DLC 31 mars 2024.

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

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

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

**AVIS ÉCRIT : RESPECT DES POLITIQUES ET DOSSIERS**

Problème de conformité n° 010 — 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 Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1J 7J2  
Téléphone : 844 231-5702

**Non-respect de la disposition : 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Respect des politiques et dossiers

Par. 11 (1) Si la Loi ou le présent règlement exige que le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée ait, établisse ou par ailleurs mette en place un plan, une politique, un protocole, un programme, une marche à suivre, une stratégie, une initiative ou un système, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que ceux-ci :

(b) soient respectés.

Le titulaire n'a pas veillé à ce que la politique interne relative aux stupéfiants et aux substances désignées soit respectée.

Conformément au Règlement de l'Ontario 246/22, r. 148 (1) c) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que, dans le cadre du système de gestion des médicaments, soit élaborée au foyer une politique écrite qui prévoit le recensement, la destruction et l'élimination continus des médicaments placés dans des contenants qui ne satisfont pas aux exigences applicables aux données devant figurer sur les contenants, que précise le paragraphe 156 (3) de la *Loi sur la réglementation des médicaments et des pharmacies*.

Le Règl. de l'Ont. 246/22, r. 123 (1) indique que le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée doit élaborer un système interdisciplinaire de gestion des médicaments qui prévoit une gestion sécuritaire des médicaments et qui maximise les résultats d'une pharmacothérapie efficace pour les résidents. Le Règl. de l'Ont. 246/22, r. 123 (2) stipule que le titulaire de permis doit veiller à ce que des politiques et des protocoles écrits soient élaborés pour le système des médicaments; 123 (3) a) stipule que des politiques et protocoles écrits doivent être mis en œuvre.

**Justification et résumé :**

Un RIG a été soumis au directeur, alléguant qu'une substance désignée prescrite au résident n° 041 avait disparu.

Les notes de l'enquête interne indiquent que le personnel n'a pas effectué le décompte des substances désignées conformément à la politique du titulaire de permis.

Au cours d'entretiens distincts, l'infirmière auxiliaire autorisée n° 113 a confirmé que le médicament avait disparu. Le DSI a vérifié que le personnel autorisé était censé suivre les politiques internes relatives à la gestion et à l'administration des médicaments. Le DSI a confirmé que l'IAA n° 127 n'avait pas respecté les politiques internes.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**  
33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1J 7J2  
Téléphone : 844 231-5702

En ne veillant pas à ce que les politiques internes relatives au décompte des analgésiques opioïdes et des médicaments et à la gestion des médicaments soient respectées, le foyer a mis la sécurité des résidents en péril.

**Sources** : RIG, politique interne, notes d'enquête, rapport d'incident lié à des médicaments, rapport de gestion des risques; entretiens avec l'IAA n° 113 et le DIS. [672]

## **AVIS ÉCRIT : EXIGENCES GÉNÉRALES RELATIVES AUX PROGRAMMES**

Problème de conformité n° 011 — avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD (2021)*.

### **Non-respect de la disposition : 34 (1) 3. 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 suivantes 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 :

3. Le programme doit être évalué et mis à jour au moins une fois par année conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à l'évaluation et à la mise à jour annuelles du programme de prévention et de gestion des chutes du foyer.

### **Justification et résumé :**

Lors de l'inspection d'un RIG lié à une chute, le programme de prévention et de gestion des chutes du titulaire de permis a été examiné. L'examen a montré que le programme a été évalué en 2023, sans données comparatives relatives aux objectifs et indicateurs du programme de l'année précédente.

L'administrateur a indiqué que le programme de prévention et de gestion des chutes du foyer n'avait pas été évalué en 2022; aucun document n'a pu être trouvé indiquant qu'une évaluation avait été réalisée cette année-là.

L'absence d'évaluation annuelle du programme de prévention et de gestion des chutes du foyer peut avoir entraîné des occasions manquées d'améliorer le programme.

**Sources** : Programme de prévention et de gestion des chutes, évaluation de 2023, entretien avec l'administrateur. [570]

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**  
33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1J 7J2  
Téléphone : 844 231-5702

## **AVIS ÉCRIT : TECHNIQUE DE TRANSFERT ET DE CHANGEMENT DE POSITION**

Problème de conformité n° 012 — avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRS LD (2021)*.

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

Techniques de transfert et de changement de position

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les membres du personnel utilisent des techniques de transfert et de changement de position sécuritaires lorsqu'ils aident les résidents.

**Justification et résumé :**

L'inspectrice n° 672 a observé que le PSSP n° 139 transportait le résident n° 028 en utilisant un équipement inadéquat.

Au cours d'entretiens distincts, le PSSP n° 139 a indiqué que le foyer disposait de fauteuils roulants que le personnel pouvait utiliser si un résident était physiquement incapable de marcher dans un couloir, mais qu'il n'en avait pas utilisé un pour le résident n° 028. Le DSI a indiqué qu'il n'était pas d'usage dans le foyer que le personnel déplace les résidents en position assise sans utiliser de fauteuil roulant.

En ne veillant pas à ce que le PSSP utilise des techniques de transfert et de changement de position sécuritaires lorsqu'il aide le résident, le titulaire de permis a exposé le résident à un risque de chute ou de blessure physique.

**Sources :** Observations; Kardex actuel du résident n° 028 et programme de soins écrit; entretiens avec le PSSP n° 139 et le DSI. [672]

## **AVIS ÉCRIT : SOINS DE LA PEAU ET DES PLAIES**

Problème de conformité n° 013 — avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRS LD (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 un membre du personnel infirmier 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 du Centre-Est**  
33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1J 7J2  
Téléphone : 844 231-5702

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un résident, dont l'intégrité épidermique risquait d'être altérée, fasse l'objet d'une évaluation de la peau dès son retour de l'hôpital.

**Justification et résumé :**

Le résident n° 004 a été transféré à l'hôpital pour y être évalué et est revenu au foyer le lendemain. Il n'a pas fait l'objet d'une évaluation de la peau à son retour de l'hôpital. Lors de l'évaluation du lendemain, il a été constaté que l'intégrité épidermique du résident était altérée. En outre, le résident avait des pansements qui n'avaient pas été enlevés à son retour de l'hôpital, de sorte que toutes les zones de la peau du résident puissent être évaluées.

L'IAA n° 113 a indiqué qu'elle ne savait pas qu'une évaluation de la peau était nécessaire. Le DSI a confirmé que le résident n'avait pas fait l'objet d'une évaluation de la peau à son retour de l'hôpital, ce qui est une pratique obligatoire.

En ne veillant pas à ce que le résident fasse l'objet d'une évaluation de la peau à son retour de l'hôpital, on lui a fait courir le risque d'altération de l'intégrité épidermique non détectée par le personnel autorisé, ce qui pourrait entraîner une rupture de la peau, de la douleur et de l'inconfort.

**Sources :** Notes d'évolution du résident n° 004, évaluations de la douleur et de la peau, gestion des risques, notes de l'enquête interne et documents d'information fournis à l'IAA n° 113, entretiens avec l'IAA n° 113 et le DIS. [672]

**AVIS ÉCRIT : SOINS DE LA PEAU ET DES PLAIES**

Problème de conformité n° 014 — avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRS LD (2021)*.

**Non-respect de la disposition : 55 (2) (b) (ii) de 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 :

- (b) le résident qui présente des signes d'altération de l'intégrité épidermique, notamment des ruptures de l'épiderme, des lésions de pression, des déchirures de la peau ou des plaies,
  - (ii) reçoit un traitement et subit des interventions immédiatement pour réduire ou éliminer la douleur, favoriser la guérison et prévenir l'infection, selon ce qui est nécessaire.

Le titulaire du permis n'a pas favorisé la guérison en procédant à des interventions immédiates à la suite de sévices corporels, notamment en surveillant l'intégrité de la peau pendant 72 heures sur la zone d'impact du résident n° 034, comme l'exige le règlement. Selon le Règl. de l'Ont. 246/22, art. 55. (3)

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**  
33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1J 7J2  
Téléphone : 844 231-5702

« signes d'altération de l'intégrité épidermique » signifie une dégradation potentielle ou réelle du tissu épidermique ou dermique.

**Justification et résumé :**

Un RIG a été soumis au directeur signalant des allégations de mauvais traitements infligés à un résident par un autre résident.

Le résident n° 034 a confirmé qu'il avait été frappé par le résident n° 033. Le résident n° 034 était légèrement blessé.

L'infirmière autorisée n° 146 a reconnu que même si une blessure n'est pas détectée lors de l'évaluation initiale de la tête aux pieds, des ecchymoses apparaissent souvent après 24 heures, de sorte que l'infirmière devrait rédiger une note d'évolution sur la surveillance de la zone pour déceler ecchymoses, enflure et douleur, et programmer cette surveillance dans le registre d'administration des traitements généralement pendant cinq jours pour l'équipe du matin, de sorte que l'infirmière arrivant le jour suivant sache qu'elle doit surveiller la zone et prendre des photos en cas d'altération de l'intégrité de la peau. Le personnel infirmier est censé documenter les évaluations dans les notes d'évolution.

Le directeur adjoint des soins infirmiers (DASI) a confirmé que le personnel autorisé aurait dû créer une entrée dans le registre d'administration des traitements pour demander au personnel autorisé de surveiller la zone blessée du résident n° 034 pendant les 72 heures suivant l'incident de sévices corporels, ce qui n'a pas été fait.

Aucun document n'atteste qu'une évaluation a été réalisée dans les 72 heures après l'incident.

Selon les politiques de prévention des mauvais traitements du titulaire de permis, tous les membres du personnel chargé des soins directs doivent être informés, au début de leur quart de travail, de la nécessité de fournir du soutien ou de réaliser des interventions supplémentaires auprès du résident, et ce, pour une période minimale de 72 heures ou plus si les besoins du résident l'exigent.

En omettant d'entreprendre une intervention de surveillance de l'intégrité épidermique pendant 72 heures pour le résident n° 034, le titulaire du permis a exposé le résident à un risque de complications liées à un traitement tardif de l'altération de l'intégrité épidermique.

**Sources :** Dossiers cliniques du résident n° 034, politique de prévention des mauvais traitements du titulaire de permis, entretiens avec l'IA n° 146 et le DASI. [741721]

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**  
33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1J 7J2  
Téléphone : 844 231-5702

## **AVIS ÉCRIT : COMPORTEMENTS RÉACTIFS**

Problème de conformité n° 015 — avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD (2021)*.

**Non-respect de la disposition : 58 (1) 2. du Règl. de l'Ont. 246/22**

Comportements réactifs

Par. 58 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à l'élaboration de ce qui suit pour répondre aux besoins des résidents qui affichent des comportements réactifs :

2. Des stratégies écrites, notamment des techniques et des mesures d'intervention, pour prévenir ou réduire au minimum les comportements réactifs ou pour y réagir.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des stratégies écrites, notamment des techniques et des mesures d'intervention, soient élaborées pour prévenir ou réduire au minimum les comportements réactifs ou pour y réagir.

**Justification et résumé :**

Le DSI et un PSSP ont indiqué que le résident n° 043 avait des comportements réactifs. L'une des mesures d'intervention visant à gérer les comportements réactifs du résident pendant les soins consistait à parler d'une ville où il a déjà vécu. Le responsable du Projet OSTC a indiqué que s'il s'agissait d'une mesure qui aidait à gérer le comportement réactif du résident pendant les soins, le programme de soins devait être mis à jour pour l'inclure.

L'examen du programme de soins du résident n'a pas montré que de parler avec le résident de la ville dans laquelle il vivait afin d'aider le personnel à lui prodiguer des soins personnels était une mesure d'intervention.

Le programme de soins du résident n'ayant pas été mis à jour pour inclure les mesures d'intervention à effectuer par le personnel autorisé, le résident courait un risque accru de se faire du mal.

**Sources :** Dossiers cliniques du résident n° 043, entretien avec le PSSP n° 144, le responsable du Projet OSTC et le DSI. [741753]

## **AVIS ÉCRIT : COMPORTEMENTS RÉACTIFS**

Problème de conformité n° 016 — avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD (2021)*.

**Non-respect de la disposition : 58 (4) c) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Comportements réactifs

58(4) Le titulaire de permis veille à ce qui suit pour chaque résident qui affiche des comportements réactifs :

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**  
33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1J 7J2  
Téléphone : 844 231-5702

(c) des mesures soient prises pour répondre à ses besoins, notamment des évaluations, des réévaluations et des interventions, et à ce que les réactions de la personne résidente aux interventions soient documentées.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, lorsqu'un résident affiche des comportements réactifs, des mesures soient prises pour répondre à ses besoins, notamment des évaluations, des réévaluations et des interventions, et à ce que les réactions du résident n° 033 aux interventions soient documentées.

**Justification et résumé :**

Un RIG a été soumis au directeur relativement à des allégations de mauvais traitements qui ont eu lieu entre les résidents n° 034 n° 033.

L'IAA n° 104 (coordinateur de l'instrument d'évaluation des résidents de 2023) a indiqué que le lendemain de l'incident, elle a mis à jour le programme de soins en fonction du rapport de 24 heures en utilisant des mesures d'intervention standard devant des comportements réactifs, car elle ne connaissait pas bien le résident. Le responsable du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement (OSTC) doit ensuite mener une enquête plus approfondie et apporter des modifications au programme de soins adapté à ce résident.

Le responsable du Projet OSTC a confirmé que le résident n'avait pas été évalué conformément à la politique dans les 48 heures suivant l'incident grave, car il aurait dû y avoir des notes d'évolution indiquant que le système d'observation de la démence avait été examiné, ce qui n'était pas le cas. Il a expliqué qu'aucune analyse n'avait été effectuée sur les données recueillies par le système d'observation de la démence après l'incident pour le résident n° 033, parce que les calculs n'auraient rien signifié, étant donné que l'outil d'observation n'a été utilisé que pendant trois jours, alors qu'il aurait dû l'être pendant cinq jours.

Le responsable du Projet OSTC a rédigé une note d'évolution, 72 heures après l'incident de sévices corporels, indiquant que le résident n° 033 était dans son état de référence et qu'aucun autre signe physique n'avait été observé au cours de la période de 72 heures par le système d'observation de la démence.

Il n'y avait pas de notes d'évolution documentant les réponses du résident aux mesures d'intervention standard en cas de comportement réactif qui ont été ajoutées au programme de soins.

N'ayant pas veillé à ce que, lorsqu'un résident manifeste des comportements réactifs, des mesures soient prises pour répondre à ses besoins, notamment des évaluations, des réévaluations et des interventions, et à ce que les réactions du résident aux interventions soient documentées, le titulaire a mis le résident en danger.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**  
33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1J 7J2  
Téléphone : 844 231-5702

**Sources :** Dossiers cliniques du résident n° 033, entretiens avec le personnel (IAA n° 104 et responsable du Projet OSTC). [741721]

**AVIS ÉCRIT : COMPORTEMENTS ET ALTERCATIONS**

Problème de conformité n° 017 — avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRS LD (2021)*.

**Non-respect de la disposition : 60. b) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Comportements et altercations

60. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

b) tous les membres du personnel chargé des soins directs sont informés au début de chaque quart de travail au sujet de chaque résident dont les comportements, notamment les comportements réactifs, exigent une surveillance accrue parce qu'ils peuvent lui faire courir un danger ou en faire courir un à d'autres personnes.

Le titulaire du permis n'a pas informé le personnel chargé des soins directs, au début de chaque quart de travail, de la nécessité d'une surveillance accrue du résident n° 033 en raison de comportements réactifs, ce qui représentait un risque pour le résident et les autres.

**Justification et résumé :**

Un RIG a été soumis au directeur pour les allégations de mauvais traitements entre les résidents n° 034 et n° 033.

Le programme de soins du résident n° 033 a été mis à jour le lendemain de l'allégation et incluait les mesures d'intervention en cas de comportements réactifs nouvellement mises en place.

L'IA n° 146 a confirmé que lorsque les programmes de soins sont mis à jour pour y ajouter de nouvelles mesures d'intervention après un incident grave, le personnel autorisé est censé fournir des rapports de changement de quart aux préposés aux services de soutien personnel à 7 heures, 14 heures et 22 heures, et qu'après avoir transmis l'information, il faisait signer au personnel la feuille de présence qui était jointe au Kardex mis à jour.

Le DSI et le DASI ont confirmé que la feuille de présence jointe au Kardex mis à jour, utilisée pour documenter la communication entre les équipes au sujet des nouvelles mesures d'intervention en cas de comportements réactifs, ne se trouvait pas dans le foyer pour le résident n° 033.

Selon les politiques de prévention des mauvais traitements du titulaire de permis, tous les membres du personnel chargé de soins directs doivent être informés, au début de leur quart de travail, de la nécessité

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**  
33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1J 7J2  
Téléphone : 844 231-5702

de fournir du soutien ou de réaliser des interventions supplémentaires auprès d'un résident, pour une période minimale de 72 heures ou plus si les besoins du résident l'exigent, et tenir une réunion à cet effet pour les informer des interventions en place.

En omettant d'informer le personnel chargé des soins directs au début de chaque quart de travail de la nécessité d'une surveillance accrue du résident n° 033 en raison de comportements réactifs, le titulaire de permis a causé un risque pour le résident et les autres.

**Sources :** Dossiers cliniques du résident n° 033, politiques de prévention des mauvais traitements du titulaire de permis, entretiens avec l'IA n° 146, le DASI et le DSI. [741721]

**AVIS ÉCRIT : TITULAIRE DE PERMIS : RAPPORT D'ENQUÊTE  
VISÉ AU PAR. 27 (2) DE LA LOI**

Problème de conformité n° 018 — avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRS LD (2021)*.

**Non-respect de la disposition : 112 (1) 3. iv. du Règl. de l'Ont. 246/22**

Titulaire de permis qui produit un rapport d'enquête en vertu du 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 :

3. Les mesures prises par suite de l'incident, notamment :

iv. si l'incident implique un résident, une mention indiquant si un membre de sa famille, une personne d'importance pour lui ou son mandataire spécial a été contacté ainsi que le nom de cette ou de ces personnes.

Les titulaires de permis n'ont pas veillé à ce qu'un membre de la famille, une personne d'importance ou le mandataire spécial du résident impliqué dans un incident ayant été signalé au directeur ait été contacté et à ce que le nom de cette personne ou de ces personnes soit consigné.

**Justification et résumé :**

Un RIG a été soumis au directeur pour les allégations de mauvais traitements concernant les résidents n° 043 et n° 044.

La note d'évolution concernant le résident n° 043 n'indiquait pas si le mandataire spécial de celui-ci avait été appelé ni quelle avait été sa réponse.

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de  
longue durée

Direction de l'inspection des foyers de soins  
de longue durée

**District du Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage

Oshawa (Ontario) L1J 7J2

Téléphone : 844 231-5702

Le RIG indique que le mandataire spécial du résident n° 043 sera mis à jour. Il n'y a pas eu de modification du RIG, indiquant que le mandataire spécial a été appelé et quelle a été la réponse des membres de la famille.

Le DSI a indiqué qu'il se souvenait d'avoir appelé le mandataire spécial du résident le jour de l'incident, mais il a reconnu que le nom du mandataire ne figurait pas sur le RIG.

En omettant d'indiquer le nom du mandataire spécial et sa réponse, le titulaire de permis n'a pas fait preuve de transparence.

**Sources :** RIG, dossiers médicaux des résidents n° 043 et n° 044, entretiens avec le DSI [741753]

## **AVIS ÉCRIT : RAPPORTS : INCIDENTS GRAVES**

Problème de conformité n° 019 — avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD (2021)*.

**Non-respect de la disposition : 115 (1) 5. du Règl. de l'Ont. 246/22**

Rapports : incidents graves

Par. 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) :

5. L'éclosion d'une maladie importante sur le plan de la santé publique ou d'une maladie transmissible au sens de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à informer immédiatement le directeur de l'éclosion d'une maladie importante sur le plan de la santé publique ou d'une maladie transmissible au sens de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*.

**Justification et résumé :**

Une épidémie de maladie entérique s'est déclarée dans le foyer, mais le directeur n'a pas été informé dans un délai de 24 heures.

En ne veillant pas à ce que le directeur soit immédiatement informé, comme il se doit, la transparence entre le titulaire de permis et le directeur n'a pas été assurée.

**Sources :** RIG; entretiens avec le responsable de la prévention et du contrôle des infections (PCI) et le spécialiste des infections et de la PCI. [672]

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**  
33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1J 7J2  
Téléphone : 844 231-5702

## **AVIS ÉCRIT : RAPPORTS : INCIDENTS GRAVES**

Problème de conformité n° 020 — avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRS LD (2021)*.

### **Non-respect de la disposition : 115 (3) 3. du Règl. de l'Ont. 246/22**

Rapports : incidents graves

Par. 115 (3) Le titulaire de permis veille à aviser le directeur lorsque se produisent au foyer les incidents suivants et ce, au plus tard un jour ouvrable après l'incident, et, d'autre part à faire suivre le rapport exigé au paragraphe (5) :

3. Une substance désignée manquante ou lorsqu'il existe une différence d'inventaire.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le directeur soit informé dans un délai d'un jour ouvrable de la disparition d'une substance désignée.

### **Justification et résumé :**

Un incident grave a été soumis au directeur, indiquant qu'une substance contrôlée avait disparu.

Au cours de l'enquête interne, le directeur adjoint des soins infirmiers (DASI) a indiqué qu'environ un mois auparavant, une autre substance désignée avait également disparu. Il n'a pas signalé cet incident au directeur et n'a pas non plus mené d'enquête interne pour en déterminer la cause.

Le DSI a confirmé qu'un incident concernant la disparition d'une substance désignée n'avait pas été signalé au directeur dans un délai d'un jour ouvrable, comme cela est exigé.

Le titulaire de permis n'ayant pas avisé le directeur comme il se doit, la transparence entre le titulaire de permis et le directeur n'a pas été assurée.

**Sources :** RIG, rapport d'incident de médiation, notes d'enquête interne et rapport de gestion des risques; entretien avec le DSI. [672]

## **AVIS ÉCRIT : SYSTÈME DE POSOLOGIE SURVEILLÉ**

Problème de conformité n° 021 — avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRS LD (2021)*.

### **Non-respect de la disposition : 134 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Système de posologie surveillé

Par. 134 (2) Le système de posologie surveillé doit mettre l'accent sur la facilité et l'exactitude de l'administration de médicaments aux résidents et appuyer les activités de surveillance et de vérification à leur égard.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**  
33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1J 7J2  
Téléphone : 844 231-5702

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le système de posologie surveillé facilite les activités de surveillance et de vérification des médicaments.

**Justification et résumé :**

L'IAA n° 126 a signalé qu'elle n'avait pas procédé à l'évaluation d'un résident avec l'IAA n° 127 au début de son quart de travail pour s'assurer que les timbres de médicaments étaient toujours en place. Lorsqu'elles ont évalué le résident plus tard, les timbres avaient disparu. Une enquête interne a été menée, mais les timbres n'ont pas été retrouvés.

Un examen des politiques internes a montré que le foyer s'attendait à ce que le personnel autorisé de l'équipe entrante et de l'équipe sortante évalue physiquement chaque résident qui recevait ce médicament administré par timbre pour s'assurer que les timbres étaient en place et administrés de manière appropriée, politiques qui ont été documentées et signées par chacun des membres du personnel autorisé.

Le DSI a indiqué que le foyer s'attendait à ce que les politiques internes soient suivies pour s'assurer que les activités de vérification des médicaments étaient menées à bien, comme requis.

En ne veillant pas à ce que les activités de vérification des médicaments soient effectuées comme il se doit, le foyer a possiblement porté atteinte à la santé des résidents, notamment par la possibilité d'une douleur non contrôlée en raison de l'absence d'application de timbres analgésiques, comme cela avait été prescrit.

**Sources :** RIG, rapport d'incident lié à des médicaments, notes d'enquête interne, rapport de gestion des risques, politiques de gestion des médications du titulaire de permis, un entretien avec le DSI. [672]

## **AVIS ÉCRIT : INCIDENTS LIÉS À DES MÉDICAMENTS ET RÉACTIONS INDÉSIRABLES À DES MÉDICAMENTS**

Problème de conformité n° 022 — avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD (2021)*.

**Non-respect de la disposition : 147 (1) a) 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 mettant en cause un résident, chaque réaction indésirable à un médicament, chaque utilisation de glucagon, chaque incident d'hypoglycémie grave et chaque incident de perte de conscience en lien avec l'hypoglycémie soit :

(a) documenté, les mesures immédiates prises pour évaluer et préserver l'état de santé du résident étant également consignées dans un dossier.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**  
33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1J 7J2  
Téléphone : 844 231-5702

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que chaque incident lié à un médicament soit documenté de même que les mesures immédiates prises pour évaluer et préserver l'état de santé du résident.

**Justification et résumé :**

Un RIG a été soumis au directeur, indiquant qu'une substance désignée avait disparu. Au cours de l'enquête interne, le DASI a indiqué qu'environ un mois auparavant, une autre substance désignée avait disparu pour le même résident. Il n'a pas signalé cet incident et n'a pas non plus mené d'enquête interne pour en déterminer la cause.

L'examen des notes de l'enquête interne, de l'évaluation de la gestion des risques et du dossier médical électronique du résident n° 015 n'a pas révélé que l'incident lié à des médicaments avait été documenté, de même que les mesures immédiates prises pour évaluer et préserver l'état de santé du résident.

Au cours d'un entretien, le DSI a confirmé que le DASI n'avait pas signalé l'incident initial lié à des médicaments à l'une des personnes désignées lorsqu'il s'est produit, et que l'incident n'avait donc pas été consigné dans un rapport d'incident lié à des médicaments ou dans le dossier médical électronique du résident.

En ne veillant pas à ce que l'incident lié à la substance désignée manquante d'un résident soit documenté, de même que les mesures immédiates prises pour évaluer et préserver l'état de santé du résident, il y a un risque que les incidents liés à des médicaments ne soient pas évalués afin d'éviter qu'ils ne se reproduisent.

**Sources :** RIG, dossier médical électronique du résident n° 015, rapports d'incidents liés à des médicaments, notes d'enquête interne et rapport de gestion des risques; entretien avec le DSI. [672]

**AVIS ÉCRIT : INCIDENTS LIÉS À DES MÉDICAMENTS ET  
RÉACTIONS INDÉSIRABLES À DES MÉDICAMENTS**

Problème de conformité n° 023 — avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD (2021)*.

**Non-respect de la disposition : 147 (1) b) 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 mettant en cause un résident, chaque réaction indésirable à un médicament, chaque utilisation de glucagon, chaque incident d'hypoglycémie grave et chaque incident de perte de conscience en lien avec l'hypoglycémie soit :

(b) signalé 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 de la catégorie supérieure traitant le résident, et au prescripteur et au fournisseur de services pharmaceutiques.  
Règl. de l'Ont. 66/23, art. 30.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**  
33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1J 7J2  
Téléphone : 844 231-5702

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que chaque incident lié à des médicaments soit signalé 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 de la catégorie supérieure traitant le résident, et au prescripteur et au fournisseur de services pharmaceutiques.

**Justification et résumé :**

Un RIG a été soumis au directeur, indiquant qu'une substance désignée prescrite à un résident avait disparu. Au cours de l'enquête interne, le DASI a indiqué qu'environ un mois plus tôt, une substance désignée du même résident avait également disparu.

L'examen des dossiers du titulaire de permis et du dossier médical électronique du résident n'a pas révélé que l'incident lié à des médicaments avait été signalé au résident, à son mandataire spécial, au DSI, au directeur médical, au médecin traitant du résident, au prescripteur du médicament et au fournisseur de services pharmaceutiques.

Au cours d'un entretien, le DSI a confirmé que le DASI n'avait pas signalé l'incident initial lié à des médicaments à l'une des personnes désignées au moment où il s'est produit.

En ne veillant pas à ce que les personnes appropriées soient informées de l'incident lié à des médicaments concernant la substance désignée manquante du résident n° 015, la confiance entre le titulaire de permis et les actionnaires a été mise en péril en raison du manque de transparence.

**Sources :** RIG, rapport d'incident lié à des médicaments, notes d'enquête interne, rapport de gestion des risques, dossiers du résident n° 015 et entretien avec le DSI. [672]

## **ORDRE DE CONFORMITÉ N° 001 PROGRAMME DE SOINS**

Problème de conformité n° 024 – Ordre de conformité aux termes de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021).

**Non-respect de la disposition : 6 (10) b) de la LRSLD (2021)**

Programme de soins

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;

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

Plus précisément, le titulaire de permis doit 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 du Centre-Est**  
33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1J 7J2  
Téléphone : 844 231-5702

- 1) Le responsable de la prévention et de la gestion des chutes et le physiothérapeute préparent une liste des résidents désignés comme présentant un risque élevé de chute.
- 2) Le responsable de la prévention et de la gestion des chutes et le coordinateur de l'instrument d'évaluation des résidents examinent et mettent à jour les programmes de soins pour tous les résidents désignés comme présentant un risque élevé de chute, afin de s'assurer que le risque de chute figure dans les programmes de soins. Ils tiennent un registre de la personne qui a procédé à l'examen et de celle qui a mis à jour le programme de soins et de toute non-conformité recensée.
- 3) Le DSI examine avec l'équipe pluridisciplinaire le programme de soins de chaque résident désigné comme présentant un risque élevé de chute, afin de s'assurer que le programme de soins est à jour et que les mesures d'intervention de prévention et de gestion des chutes sont actualisées. Il tient un registre des personnes qui ont participé à l'examen, de celles qui ont mis à jour le plan de soins et de toute non-conformité recensée.
- 4) Le DSI désigné ou une personne désignée organise une formation à l'intention de l'ensemble du personnel concerné ou responsable de la mise à jour du programme de soins en ce qui concerne la prévention et la gestion des chutes et la manière et le moment de mettre à jour le programme de soins, et tient un registre de la formation.

**Motifs**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le résident n° 027 soit réévalué et à ce que son programme de soins soit examiné et révisé lorsque ses besoins ont changé.

Un RIG a été soumis au directeur pour une chute qui a nécessité le transfert du résident à l'hôpital pour cause de blessure.

Le risque de chute du résident a été évalué initialement, et il a été déterminé que le risque de chute était faible, et des précautions universelles ont été mises en place. Par la suite, le risque de chute du résident est passé à un risque élevé.

Un examen révèle que le programme de soins du résident n'a pas été mis à jour, indiquant que le risque de chute du résident passait de faible à élevé, et que les précautions universelles sont restées inchangées malgré le risque de chute élevé pour ce résident. Aucune nouvelle mesure d'intervention n'a été incluse.

Les entretiens avec l'IAA n° 113 et le coordonnateur des soins aux résidents (CSR) n° 105 ont indiqué que le programme de soins du résident n° 027 aurait dû être mis à jour avec de nouvelles mesures d'intervention lorsqu'il a été déterminé que le résident présentait un risque élevé de chute. L'IAA et le CSR reconnaissent que le programme de soins n'a pas été mis à jour avant le retour du résident de l'hôpital.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**  
33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1J 7J2  
Téléphone : 844 231-5702

Le fait de ne pas avoir mis à jour le programme de soins du résident n° 027 pour y inclure des mesures d'interventions de prévention des chutes en fonction des besoins évalués du résident et du risque élevé de chutes qu'il présentait pourrait avoir contribué aux chutes du résident.

**Sources :** RIG, dossiers cliniques du résident n° 027, politiques de prévention et de gestion des chutes du titulaire de permis et entretiens avec l'IAA n° 113 et le CSR n° 105. [570]

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 6 septembre 2024.**

**ORDONNANCE DE CONFORMITÉ OC N° 002**  
**RELATIVEMENT AUX EFFETS PERSONNELS ET AIDES**  
**PERSONNELLES**

Problème de conformité n° 025 Ordre de conformité aux termes de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021).

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

Effets personnels et aides personnelles

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

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

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

Le titulaire de permis doit veiller à ce que :

Le DSI ou une infirmière désignée vérifie deux fois par semaine, pendant quatre semaines, les chambres et les salles de bains communes des résidents, afin de s'assurer que tous les objets personnels sont correctement étiquetés au nom du résident. Les vérifications doivent indiquer les pièces examinées, la date de la vérification, le nom de la personne qui a réalisé la vérification, toute constatation de non-conformité et les mesures correctives prises pour y remédier. Un registre détaillé des vérifications réalisées est tenu, lequel sera à la disposition immédiate des inspecteurs sur demande.

**Motifs**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les effets personnels soient étiquetés comme il se doit.

Les observations faites lors de l'inspection montrent la présence de nombreux effets personnels dans les salles de bains et les chambres communes des résidents, comme des déodorants à boule usagés, des peignes et des brosses à cheveux, des cuvettes, des bassins de lit/urinaux, des coupe-ongles, des savons,

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**  
33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1J 7J2  
Téléphone : 844 231-5702

des brosses à dents, des tubes de dentifrice et des articles de maquillage qui n'étaient pas étiquetés comme il se doit au nom du résident. Les PSSP n'ont pas été en mesure d'indiquer à qui appartenaient certains des effets personnels. Au cours d'entretiens distincts, les PSSP, les IAA et le responsable de la prévention et du contrôle des infections (PCI) ont confirmé qu'il était d'usage dans le foyer d'étiqueter tous les effets personnels des résidents.

Le foyer n'ayant pas veillé à ce que tous les effets personnels soient étiquetés, les résidents risquaient d'utiliser les effets personnels d'un autre résident, ce qui pouvait être insalubre.

**Sources :** Observations; entretiens avec les PSSP et le responsable de la PCI. [672]

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 9 août 2024.**

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

### **AVIS DE PÉNALITÉ ADMINISTRATIVE (APA)**

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

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

**lié à l'ordre de conformité (Problème 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 2 200,00 \$, 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 :**

L'historique de la conformité comprend un ordre de conformité à priorité élevée découlant de l'inspection n° 2022\_1200\_0001 et un ordre de conformité découlant de l'inspection n° 2021\_673672\_0039.

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

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

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**  
33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1J 7J2  
Téléphone : 844 231-5702

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

### AVIS DE FRAIS DE RÉINSPECTION

En vertu de l'article 348 du Règl. de l'Ont. 246/22 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*, le titulaire de permis doit payer des frais de réinspection de 500,00 \$, à verser dans les 30 jours suivant la date de la facture.

Des frais de réinspection s'appliquent puisqu'il s'agit, au minimum, de la deuxième inspection de suivi visant à établir s'il y a conformité à l'ordre ou aux ordres de conformité suivants donnés en vertu de l'art. 155 de la LRSLD (2021) ou de l'article 153 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* (LFSLD).

Suivi n° 1 – OC n° 013 / 2023-1200-0003, Règl. de l'Ont. 246/22 par. 140 (2),  
Administration des médicaments, 31 mars 2024, FRI 500 \$

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

### RENSEIGNEMENTS SUR LA RÉVISION/L'APPEL

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

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

La demande écrite de révision doit comprendre :

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

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**  
33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1J 7J2  
Téléphone : 844 231-5702

- (b) toute observation que le titulaire de permis souhaite que le directeur prenne en considération;
- (c) une adresse de signification pour le titulaire de permis.

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

**Directeur**

a/s du coordonnateur des appels  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée du  
ministère des Soins de longue durée  
438, avenue University, 8<sup>e</sup> étage,  
Toronto, ON M7A 1N3

Courriel : [MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca](mailto:MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca)

Si la signification se fait :

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

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

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

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

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

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de  
longue durée

Direction de l'inspection des foyers de soins  
de longue durée

**District du Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage

Oshawa (Ontario) L1J 7J2

Téléphone : 844 231-5702

**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, ON M5S 1S4

**Directeur**

a/s du coordonnateur des appels

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

438, avenue University, 8<sup>e</sup> étage,

Toronto, ON 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/scripts/french/](http://www.hsarb.on.ca/scripts/french/).