

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

Rapport public initial

Date d'émission du rapport : 8 mai 2024

Numéro d'inspection : 2024-1193-0001

Type

d'inspection :

Plainte d'incident
critique

Titulaire de permis : CVH (n° 6) LP par son partenaire général, Southbridge Care Homes (une société en commandite, par son partenaire général, Southbridge Health Care GP Inc.)

Foyer de soins de longue durée et ville : Orchard Villa, Pickering

Inspectrice principale/Inspecteur principal

Eric Tang (529)

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

Signé numériquement par
Siu F. Tang
Date : 2024.05.14
08:10:07 -04'00'

Autres inspectrices ou inspecteurs

Holly Wilson (741755)

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 5 au 8 mars, du 11 au 15 mars et du 18 au 21 mars
2024

L'inspection concernait :

Un dossier concernant une allégation de mauvais traitements entre personnes résidentes.

Un dossier concernant les soins liés à l'incontinence

Un dossier concernant les soins des plaies et les soins liés à l'incontinence.

Les dossiers suivants ont été remplis lors de l'inspection liée à l'incident critique : Quatre dossiers concernant des cas de mauvais traitements entre personnes résidentes.

Un dossier concernant une chute entraînant une blessure.

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

Un dossier concernant des allégations de mauvais traitements de la part du personnel envers une personne résidente.
Un dossier concernant une éclosion d'une maladie infectieuse.
Un dossier concernant des soins inadéquats prodigués à une personne résidente.

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

inspection : Prévention et gestion de la peau et des plaies
Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
Alimentation, nutrition et hydratation
Entretien ménager, services de buanderie et services d'entretien
Prévention et contrôle des infections
Foyer sûr et sécuritaire
Prévention des mauvais traitements et de la négligence
Comportements réactifs
Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Intégration des évaluations aux soins

Problème de conformité n° 001 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 6 (2) de la LRSLD (2021)

Programme de soins

Paragraphe 6 (2) Le titulaire de permis veille à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fondés sur une évaluation du résident et de ses besoins et préférences.

Le titulaire du permis n'a pas veillé à ce que, lorsqu'une personne résidente a fait une chute, elle soit évaluée en raison du changement dans son état de santé.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Justification et résumé :

Un incident critique a été signalé au directeur ou à la directrice en raison d'une blessure subie par une personne résidente à la suite d'une chute. La politique du foyer relative à la prévention et à la gestion des chutes indique qu'en cas de chute d'une personne résidente entraînant un changement dans son état de santé, il faut en informer le médecin ou l'infirmier praticien ou l'infirmière praticienne.

Un examen des dossiers a révélé que la personne résidente s'est plainte de ne pas se sentir bien auprès d'un infirmier auxiliaire autorisé ou d'une infirmière auxiliaire autorisée (IAA) et que l'IAA n'a pas informé le médecin ou l'infirmier praticien ou l'infirmière praticienne du changement dans l'état de santé de la personne résidente.

Lorsque l'infirmier autorisé ou l'infirmière autorisée (IA) a eu connaissance du changement dans l'état de santé de la personne résidente, cet infirmier ou cette infirmière a appelé le médecin et a reçu une ordonnance de gestion de la douleur; la personne résidente a alors été transférée dans une autre installation aux fins d'évaluation approfondie et de traitement connexe.

L'absence de collaboration entre les membres du personnel à la suite de la chute d'une personne résidente a entraîné des douleurs chez cette personne et une détérioration de l'état de santé de cette dernière.

Sources : politique de prévention et de gestion des chutes, notes d'évolution [741755]

AVIS ÉCRIT : Services d'hébergement

Problème de conformité n° 002 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 19 (2) c) de la LRSLD (2021)

Services d'hébergement

Paragraphe 19 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

c) le foyer, l'ameublement et le matériel sont entretenus de sorte qu'ils soient sûrs et en bon état.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le matériel du foyer soit en bon état.

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

Justification et résumé :

Le directeur ou la directrice a reçu une plainte alléguant que les chaudières du foyer étaient en mauvais état.

L'inspectrice 741755, le ou la gestionnaire des services environnementaux, le vice-président ou la vice-présidente des activités du foyer de soins de longue durée et de la maison de retraite ainsi que le consultant ou la consultante en services environnementaux ont fait une visite du foyer. Il y avait quatre réservoirs d'eau chaude à usage résidentiel qui fournissaient de l'eau chaude à deux zones résidentielles du foyer. Lors de la, un flux constant d'eau chaude fuyait d'un tuyau suspendu qui acheminait l'eau du réservoir vers les unités résidentielles. Un morceau de panneau métallique a été placé contre une boîte métallique munie d'un autocollant « haute tension » pour diriger l'eau vers le siphon de sol. Plus tard dans la visite, un employé contractuel des services de maintenance électrique est arrivé et a confirmé que la fuite présentait un risque pour la sécurité.

La chaufferie située dans la maison de retraite a également fait l'objet d'une inspection. Le local était équipé de quatre chaudières qui assuraient le chauffage du foyer de soins de longue durée et qui fonctionnaient à plein régime au moment de la visite. Cependant, des fuites ont été observées au niveau d'un tuyau suspendu qui conduisait l'eau chaude en provenance du système de chaudières. De plus, le revêtement du plafond était endommagé et présentait des taches noircies non identifiées.

Les dossiers d'entretien, les devis de réparation et les communications électroniques internes du foyer ont été examinés.

Selon le vice-président ou la vice-présidente des activités de la maison de retraite et du foyer de soins de longue durée, le foyer avait déjà prévu de faire les réparations le soir même. La situation représentait un risque et avait des conséquences pour les personnes résidentes, car les fuites d'eau pouvaient potentiellement nuire au fonctionnement du foyer, notamment diminuer la disponibilité de l'eau chaude.

Sources : communications électroniques internes du foyer, dossiers de service de l'entrepreneur, observations et entretiens avec le personnel.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

[529]

AVIS ÉCRIT : Obligation de protéger

Problème de conformité n° 003 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la
LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 24 (1) de la LRSLD (2021)

Obligation de protéger

Paragraphe 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 du permis n'a pas protégé une personne résidente contre les mauvais
traitements de la part des personnes préposées aux services de soutien personnel
(PSSP) n° 132 et n° 133.

Pour l'application de la définition des « mauvais traitements » figurant au
paragraphe 2 (1) de la Loi, on entend par « mauvais traitement d'ordre physique »,
sous réserve du paragraphe (2), a) soit de l'usage de la force physique de la part
d'une autre personne qu'un résident pour causer des lésions corporelles ou de la
douleur.

Justification et résumé :

Un incident critique a été signalé au directeur ou à la directrice concernant un
traitement inapproprié/inadéquat envers une personne résidente, entraînant un
préjudice à cette personne ou un risque pour cette dernière. Une personne
résidente avait besoin d'aide pour ses soins personnels et lorsqu'elle est devenue
réticente, la PSSP n° 132 a maintenu les membres de la personne résidente pendant
que la PSSP n° 133 lui prodiguait les soins.

Le foyer a mis en place un programme et une politique de tolérance zéro en
matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes,
qui comprend des mesures visant à prévenir tout incident présumé de mauvais
traitement ou de négligence envers les personnes résidentes, à détecter ce genre

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

d'incident et à y réagir immédiatement.

Le foyer a entamé une enquête après que la PSSP n° 134 a remarqué une altération de l'intégrité épidermique de la personne résidente et a immédiatement fait part de son observation à l'infirmier ou l'infirmière responsable. Les PSSP n° 132 et n° 133, qui s'occupaient de la personne résidente, n'ont pas signalé l'incident.

L'examen du dossier d'évaluation de la peau de la personne résidente a révélé que l'altération de l'intégrité épidermique est survenue à la suite de l'incident de mauvais traitements.

Un entretien avec le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) et le ou la responsable du programme ontarien de soutien en cas de troubles du comportement (BSO) a confirmé l'allégation de mauvais traitements envers la personne résidente de la part des PSSP n° 132 et n° 133. Les PSSP n° 132 et n° 133 ont fait l'objet de mesures disciplinaires et se sont recyclés à la suite de l'incident.

Le fait que les PSSP n° 132 et n° 133 n'ont pas protégé une personne résidente contre les mauvais traitements a entraîné une blessure physique chez cette personne résidente.

Sources : programme de tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers une personne résidente, notes d'évolution, entretiens avec le personnel.

[741755]

AVIS ÉCRIT : Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

Problème de conformité n° 004 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect du : l'alinéa 28 (1) 2) de la LRSLD (2021)

Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

Paragraphe 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

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

qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident.

Le titulaire de permis n'a pas fait immédiatement rapport au directeur ou à la directrice d'une allégation de mauvais traitements infligés à une personne résidente de la part du personnel du foyer.

Justification et résumé :

Un incident critique a été signalé au directeur ou à la directrice au sujet d'une allégation de mauvais traitements envers une personne résidente de la part du personnel du foyer.

Le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) en poste a confirmé que l'allégation de mauvais traitements lui avait été signalée tardivement par un ancien directeur adjoint des soins infirmiers ou une ancienne directrice adjointe des soins infirmiers, qui ne travaillait plus au foyer.

L'ancien directeur adjoint des soins infirmiers ou l'ancienne directrice adjointe des soins infirmiers a confirmé que le directeur ou la directrice aurait dû en être informé immédiatement.

Le fait de ne pas avoir informé immédiatement le directeur ou la directrice d'un incident présumé de mauvais traitements a exposé les personnes résidentes à un risque accru de mauvais traitements et de négligence.

Sources : entretiens avec le ou la DSI et l'ancien directeur adjoint des soins infirmiers ou l'ancienne directrice adjointe des soins infirmiers. [741755]

AVIS ÉCRIT : Fenêtres

Problème de conformité n° 005 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'article 19 du Règl. de l'Ont. 246/22

Fenêtres

1. Article 19 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque fenêtre du foyer qui ouvre sur l'extérieur et à laquelle ont accès les résidents soit dotée d'une moustiquaire et à ce qu'elle ne puisse pas être ouverte de plus de 15 centimètres.

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la fenêtre de la chambre d'une personne résidente qui ouvre sur l'extérieur soit dotée d'une moustiquaire.

Justification et résumé :

Lors d'une visite du foyer, les deux inspecteurs ont constaté que la fenêtre de la chambre d'une personne résidente n'avait pas de moustiquaire. Le directeur ou la directrice des services environnementaux était présent lors de la visite et a reconnu que la moustiquaire était manquante et qu'elle serait installée.

Un entretien avec le directeur ou la directrice des services environnementaux et le directeur régional ou la directrice régionale a confirmé que la moustiquaire avait été installée à la fenêtre dans la chambre de la personne résidente.

Le fait de ne pas veiller à ce que chaque fenêtre du foyer à laquelle les personnes résidentes ont accès soit dotée d'une moustiquaire a augmenté le risque de blessure ou de décès chez les personnes résidentes.

Sources : observations, entretien avec le directeur ou la directrice des services environnementaux et le directeur régional ou la directrice régionale. [741755]

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité n° 007 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

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

Programme de soins

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

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins d'une personne résidente soit fondé sur les humeurs et les comportements de cette personne résidente, y compris sur ses comportements déclencheurs éventuels.

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

Justification et résumé :

Un rapport d'incident critique et une plainte ont été adressés au directeur ou à la directrice pour allégation de mauvais traitements entre des personnes résidentes.

L'examen des notes d'enquête internes du foyer et des dossiers médicaux électroniques des personnes résidentes a révélé qu'une interaction entre des personnes résidentes s'était produite et avait entraîné des blessures. Bien que leur interaction n'ait pas été observée, un membre de l'équipe soignante a reconnu un comportement déclencheur éventuel.

Conformément à la politique du foyer relative aux comportements réactifs, les comportements déclencheurs d'une personne résidente doivent être documentés dans le programme de soins de cette personne.

Le programme de soins électronique actuel de la personne résidente a été examiné, mais le comportement déclencheur n'y avait pas été consigné. Le directeur ou la directrice des soins cliniques l'a confirmé.

Cette situation a présenté un risque et de possibles conséquences, car les comportements déclencheurs de la personne résidente pourraient ne pas avoir été entièrement communiqués à l'équipe interprofessionnelle, ce qui aurait eu une incidence sur la capacité de l'équipe à soutenir la personne résidente.

Sources : dossiers médicaux électroniques des personnes résidentes, notes d'enquête internes du foyer, politique du foyer relative aux comportements réactifs et entretien avec le directeur ou la directrice des soins cliniques. [529]

AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes

Problème de conformité n° 008 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 54 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Prévention et gestion des chutes

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

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

d'accessoires fonctionnels.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, lorsqu'une personne résidente a fait une chute, des accessoires fonctionnels soient utilisés.

Justification et résumé :

Un incident critique a été signalé au directeur ou à la directrice au sujet d'un incident ayant entraîné la blessure d'une personne résidente et un changement notable dans son état de santé.

Un examen du programme de soins électronique de la personne résidente a révélé que deux mesures d'intervention en matière de prévention des chutes devaient être mises en œuvre, mais qu'elles ne l'avaient pas été au moment de l'incident.

Un entretien avec un membre du personnel autorisé et le ou la DSI a confirmé que les mesures d'intervention en cas de chute auraient dû être mises en œuvre auprès de la personne résidente, conformément à son programme de soins.

Le fait de ne pas prendre les mesures d'intervention en cas de chute prévues dans le programme de soins a exposé la personne résidente à un risque de blessures après une chute.

Sources : programme de soins de la personne résidente,
entretiens avec le ou la DSI et le personnel [741755].

AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies

Problème de conformité n° 009 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect du : sous-alinéa 55 (2) (b) (iv) du Règl. de l'Ont. 246/22

Soins de la peau et des plaies

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

(b) la personne résidente présentant 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, à la fois :

(iv) est réévalué au moins une fois par semaine par un membre du personnel infirmier autorisé, si cela s'impose sur le plan clinique;

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les personnes résidentes présentant des signes d'altération de l'intégrité épidermique soient réévaluées au moins une fois par semaine par un membre du personnel infirmier autorisé.

Justification et résumé :

1. Un rapport d'incident critique a été soumis au directeur ou à la directrice, faisant état d'une interaction entre personnes résidentes ayant entraîné une blessure.

Un examen de la politique du foyer relative au programme de soins de la peau et des plaies a permis de définir un signe d'altération de l'intégrité épidermique comme une perturbation potentielle ou réelle du tissu épidermique ou dermique. Le personnel autorisé devait remplir une évaluation électronique de l'intégrité épidermique altérée dans le système de dossier médical électronique de la personne résidente, dans l'outil Point Click Care (PCC), dès l'identification du signe d'altération de l'intégrité épidermique et tous les sept jours au minimum, jusqu'à guérison.

D'après les dossiers médicaux électroniques de la personne résidente, il a été constaté que cette dernière présentait une altération de l'intégrité épidermique au cours d'une période déterminée après l'incident. Les dossiers médicaux électroniques de la personne résidente ont fait l'objet d'un examen plus approfondi et il n'a pas été possible de trouver les évaluations de l'intégrité épidermique altérée requises pour la période concernée.

Le ou la DSI a confirmé que la personne résidente présentait un type d'altération de l'intégrité épidermique après l'interaction entre personnes résidentes et que le personnel autorisé était tenu de remplir l'évaluation électronique sur l'intégrité épidermique altérée dès l'identification et chaque semaine, jusqu'à guérison. Le ou la DSI a également confirmé que les évaluations requises n'avaient pas été réalisées pour la personne résidente pendant la période indiquée.

Il y a eu un risque et des conséquences potentiels pour la personne résidente, car l'état de sa peau n'avait peut-être pas été pleinement communiqué aux membres de l'équipe interprofessionnelle, ce qui aurait pu ralentir la cicatrisation de la lésion cutanée.

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

Sources : rapport d'incident critique, les dossiers médicaux électroniques de la personne résidente, la politique du foyer relative au programme de soins de la peau et des plaies et l'entretien avec le ou la DSI. [529]

Justification et résumé :

2. Un rapport d'incident critique a été soumis au directeur ou à la directrice, faisant état d'une interaction entre des personnes résidentes ayant entraîné une lésion cutanée.

Un examen des notes d'évolution électroniques de la personne résidente a révélé que celle-ci a présenté une lésion cutanée après l'incident, qui n'a été guérie que plusieurs semaines plus tard.

La politique du foyer relative au programme de soins de la peau et des plaies définit l'altération de l'intégrité épidermique comme une perturbation potentielle ou réelle du tissu épidermique ou dermique, comme une ecchymose.

Le personnel autorisé devait remplir une évaluation électronique sur l'intégrité épidermique altérée dans le système de dossier médical électronique de la personne résidente, dans l'outil PCC, dès l'identification du signe d'altération de l'intégrité épidermique et tous les sept jours au minimum, jusqu'à guérison.

Les dossiers médicaux électroniques de la personne résidente ont été examinés. Une première évaluation de l'intégrité épidermique altérée a été effectuée dès la découverte de la lésion, mais la réévaluation hebdomadaire suivante n'a pas été effectuée, car la lésion cutanée n'était toujours pas cicatrisée.

Le ou la DSI a confirmé la même chose et a indiqué que le personnel autorisé était tenu de procéder à cette évaluation une semaine après l'évaluation initiale.

Cette situation a présenté un risque et de possibles pour la personne résidente, car l'état de sa lésion cutanée n'avait peut-être pas été entièrement communiqué aux membres de l'équipe interprofessionnelle, ce qui a aurait une incidence sur les soins et les mesures d'intervention auprès de la personne résidente.

Sources : rapport d'incident critique, les dossiers médicaux électroniques de la personne résidente, la politique du foyer relative au programme de soins de la peau et des plaies et l'entretien avec le ou la DSI.

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

[529]

Justification et résumé :

3. Un rapport d'incident critique et une plainte ont été adressés au directeur ou à la directrice, selon lesquels une personne résidente aurait été victime de mauvais traitements d'ordre physique de la part d'une autre personne résidente, qui ont entraîné des blessures.

L'examen des dossiers du foyer et de la personne résidente a révélé qu'une interaction entre personnes résidentes s'était produite et avait entraîné des blessures. Une personne résidente a été transférée dans un établissement médical local, puis est revenue au foyer avec une lésion cutanée.

Un examen de la politique du foyer relative au programme de soins de la peau et des plaies a permis de définir l'altération de l'intégrité épidermique comme une perturbation potentielle ou réelle du tissu épidermique ou dermique, comme une ecchymose. Le personnel autorisé devait remplir une évaluation électronique sur l'intégrité épidermique altérée dans le système de dossier médical électronique de la personne résidente, dans l'outil PCC, dès l'identification du signe d'altération de l'intégrité épidermique et tous les sept jours au minimum, jusqu'à guérison.

Les dossiers médicaux électroniques de la personne résidente ont été examinés. La personne résidente a présenté une lésion cutanée pendant une période déterminée et la lésion n'a été guérie que plusieurs semaines plus tard. Les évaluations électroniques sur l'intégrité épidermique altérée de la personne résidente n'ont pas pu être trouvées pour la période déterminée.

Le directeur ou la directrice des soins cliniques a confirmé la même chose et les évaluations requises auraient dû être effectuées pour la personne résidente.

Il y a eu un risque et des conséquences potentiels pour la personne résidente, car l'état de sa peau n'avait peut-être pas été pleinement communiqué aux membres de l'équipe interprofessionnelle, ce qui aurait pu ralentir la cicatrisation de l'ecchymose au visage.

Sources : dossiers médicaux électroniques de la personne résidente, notes d'enquête internes du foyer, politique du foyer relative au programme de soins de la peau et des plaies et entretien avec le directeur ou la directrice des soins

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

cliniques. [529]

AVIS ÉCRIT : Gestion de la douleur

Problème de conformité n° 010 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la
LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 57 (1) 4) du Règl. de l'Ont. 246/22

Gestion de la douleur

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

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

Le titulaire du permis n'a pas surveillé les réactions des personnes résidentes aux
stratégies de gestion de la douleur.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire du permis doit
s'assurer que le programme de gestion de la douleur prévoit au moins des
évaluations de la douleur qui comprennent l'emplacement de la douleur de la
personne résidente, les facteurs qui la provoquent, la qualité, le rayonnement, la
gravité de la douleur selon une échelle numérique ou une évaluation de la douleur
dans les cas de démence avancée, le moment, l'effet de la douleur sur la personne
résidente, les autres symptômes, les comportements découlant de la douleur, la
cote de sédation, les objectifs de la personne résidente, les antécédents de la
douleur et la façon dont la douleur a été prise en charge. Plus précisément, le
personnel autorisé n'a ni respecté la politique du titulaire du permis relative à la
gestion de la douleur lorsqu'une personne résidente se plaignait de douleur ni la
réaction de la personne résidente aux stratégies de gestion de la douleur.

Justification et résumé :

Un incident critique a été signalé au directeur ou à la directrice au sujet d'une
allégation de mauvais traitements envers une personne résidente.

L'examen des dossiers de la personne résidente a révélé que la personne résidente
a bénéficié de mesures d'intervention contre la douleur à deux reprises, mais la
documentation relative à l'état de la douleur de la personne résidente et à

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

l'efficacité des mesures d'intervention contre la douleur est insuffisante.
Conformément au programme de soins de la personne résidente, le personnel
devait noter la réaction de la personne résidente aux mesures d'intervention contre
la douleur.

Le ou la DSI a confirmé que le personnel était censé documenter l'efficacité des
mesures d'intervention contre la douleur, mais cela n'a pas été fait pour la
personne résidente dans les occasions mentionnées.

En raison du non-respect de la politique de gestion de la douleur à suivre lorsqu'une
personne résidente se plaint de douleurs, des mesures d'intervention potentielles ont
peut-être été négligées et la personne résidente a continué à souffrir de douleurs
non gérées.

Sources : politique d'identification et de prise en charge de la douleur, notes
d'évolution de la personne résidente, entretien avec le ou la DSI.
[741755]

AVIS ÉCRIT : Comportements réactifs Problème de
conformité n° 011 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la
LRSLD (2021) **Non-respect de : l'alinéa 58 (2) c) du Règl. de
l'Ont. 246/22**

Comportements réactifs

Paragraphe 58 (2) Le titulaire de permis veille à ce que les éléments visés au
paragraphe (1), formulés dans le cadre de tous les programmes et services, soient à
la fois : (c) coordonnés et mis en œuvre selon une méthode interdisciplinaire.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les approches comportementales soient
coordonnées et mises en œuvre selon une méthode interdisciplinaire pour une
personne résidente.

Justification et résumé :

Un incident critique a été signalé au directeur ou à la directrice concernant un
traitement inapproprié/inadéquat envers une personne résidente, qui a entraîné un
préjudice à cette personne ou un risque pour cette dernière. Une personne
résidente avait besoin de soins et lorsqu'elle a commencé à résister, la PSSP n° 132
a maintenu les membres de la personne résidente pendant que l'agent de service

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

n° 133 lui prodiguait des soins.

Selon les dossiers de la personne résidente, celle-ci a été reconnue comme une personne ayant des comportements réactifs depuis son admission. Après l'incident, l'état de la personne résidente a été surveillé et le responsable du programme ontarien de soutien en cas de troubles du comportement a ensuite établi un résumé de l'état de la personne résidente pendant la période de surveillance, y compris les mesures d'intervention à mettre en œuvre pour soutenir le comportement de la personne résidente.

La politique du foyer relative aux comportements réactifs indique qu'il faut élaborer un programme de soins qui aborde le risque de tout comportement reconnu, les objectifs et les mesures d'intervention. Le programme de soins devait inclure une description du comportement et des éléments déclencheurs de ce comportement.

Un entretien avec le responsable du programme ontarien de soutien en cas de troubles du comportement a confirmé que les déclencheurs comportementaux et les mesures d'intervention n'avaient pas été consignés dans le programme de soins et que la PSSP n'était pas au courant de mises à jour. Le ou la DSI a également confirmé que le programme de soins de la personne résidente devait être tenu à jour et refléter les besoins de la personne résidente en matière de soins.

Le fait de ne pas avoir mis à jour le programme de soins d'une personne résidente lorsque celle-ci avait des comportements réactifs a mis la personne résidente en danger par manque de compréhension de ses besoins en matière de soins et de son état de santé.

Sources : notes d'évolution et programme de soins de la personne résidente, entretiens avec le responsable du programme ontarien de soutien en cas de troubles du comportement et le ou la DSI sur la politique relative aux comportements réactifs. [741755]

AVIS ÉCRIT : Préparation alimentaire

Problème de conformité n° 012 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 78 (3) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Préparation alimentaire

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

Paragraphe 78 (3) Le titulaire de permis veille à ce que tous les aliments et liquides compris dans le système de préparation alimentaire soient préparés, entreposés et servis au moyen de méthodes qui, à la fois :

(b) empêchent l'adultération, la contamination et les maladies d'origine alimentaire. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel en cuisine, dans la salle de lavage de la vaisselle et dans la dépense porte un dispositif de retenue des cheveux et utilise des méthodes de préparation et de stockage permettant d'empêcher l'adultération, la contamination et les maladies d'origine alimentaire.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel en cuisine, dans la salle de lavage de la vaisselle et dans la dépense porte un dispositif de retenue des cheveux et utilise des méthodes de préparation et de stockage permettant d'empêcher l'adultération, la contamination et les maladies d'origine alimentaire.

Justification et résumé :

1. Lors de l'inspection, il a été constaté que plusieurs membres du personnel portaient des foulards non religieux pour retenir leurs cheveux en cuisine, dans la salle de lavage de la vaisselle et dans la dépense. Pendant plusieurs jours d'observation, plusieurs membres du personnel ont porté un filet à cheveux de manière incorrecte, le filet ne retenant pas tous leurs cheveux. Il a été observé qu'un membre du personnel d'entretien ne portait pas de dispositif de retenue des cheveux.

La politique du foyer relative aux dispositifs de retenue des cheveux précise que tous les membres du personnel doivent porter un dispositif de retenue des cheveux lorsqu'ils se trouvent dans la cuisine ou la dépense. Les dispositifs de retenue des cheveux inacceptables comprennent, sans s'y limiter, les foulards.

Lors d'un entretien avec le personnel d'entretien, celui-ci a indiqué qu'il n'était pas au courant de la nécessité de porter un dispositif de retenue des cheveux, qu'il ne savait pas qu'il y avait une affiche sur le port obligatoire d'un dispositif de retenue des cheveux ou qu'il n'était pas au courant de la politique relative aux dispositifs de retenue des cheveux. Des entretiens avec le directeur ou la directrice du service d'alimentation, le directeur général ou la directrice générale et le diététiste professionnel ou la diététiste professionnelle (Dt.P.) ont confirmé que tous les membres du personnel devaient porter un dispositif de retenue des cheveux lorsqu'ils se trouvaient dans la cuisine, la dépense et la salle de lavage de la

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

vaisselle.

Le non-respect de la politique relative aux dispositifs de retenue des cheveux a exposé les personnes résidentes à un risque d'insalubrité et potentiellement à la transmission d'infections en chaîne.

Sources : observations, entretiens avec le personnel et le directeur ou la directrice du service d'alimentation, politique relative aux dispositifs de retenue des cheveux [741755].

Justification et résumé :

2. Lors d'une vérification de la cuisine, plus précisément à l'intérieur du congélateur à légumes, des légumes mélangés ouverts se trouvaient dans une casserole en métal, les sacs vides de légumes mélangés étant utilisés comme couvercle. De la poitrine de poulet se trouvait dans une casserole en métal, les sachets vides de poitrine de poulet servant de couvercle. Les légumes mélangés et le poulet n'étaient pas complètement couverts et étaient exposés à l'air.

Un entretien avec le directeur ou la directrice du service d'alimentation et le ou la Dt.P. a permis de confirmer que les aliments devaient être entièrement couverts pour préserver leur fraîcheur et éviter toute contamination.

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

Le fait de ne pas veiller à ce que les aliments soient stockés correctement expose les personnes résidentes à un risque d'adultération, de contamination et de maladies d'origine alimentaire.

Sources : observations, entretiens avec le directeur ou la directrice du service d'alimentation et le ou la Dt.P.. [741755]

AVIS ÉCRIT : Préparation alimentaire

Problème de conformité n° 013 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 78 (6) c) du Règl. de l'Ont. 246/22

Préparation alimentaire

Paragraphe 78 (6) Le titulaire de permis veille à ce que le foyer soit doté de ce qui suit : (c) un équipement de restauration collective suffisant pour nettoyer et assainir toute la vaisselle, tous les ustensiles et tout l'équipement liés à la préparation alimentaire et au service de restauration et de collation.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer soit doté de ce qui suit : (c) un équipement de restauration collective suffisant pour nettoyer et assainir toute la vaisselle, tous les ustensiles et tout l'équipement liés à la préparation alimentaire et au service de restauration et de collation.

Justification et résumé :

Lors d'une observation par une personne résidente, il a été constaté que les couvercles des contenants de jus de fruits étaient sales et qu'une substance blanche et noire se trouvait sur le dessus du couvercle. D'autres observations des chariots à liquides dans d'autres zones du foyer ont révélé que les mêmes couvercles à jus étaient sales.

Un entretien avec la personne responsable du service d'alimentation a confirmé que les couvercles des jus de fruits présentaient une accumulation de résidus de colle d'étiquetage qui n'avait pas été enlevée lors du processus de nettoyage. Le directeur ou la directrice du service d'alimentation a demandé au personnel de tremper les couvercles et d'enlever l'excès de résidus de colle, puis a retiré les couvercles des contenants de jus de fruits de la circulation.

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

L'absence de contenants de jus propres a exposé les personnes résidentes à un risque de maladie.

Sources : observations, entretien avec le directeur ou la directrice du service d'alimentation. [741755]

AVIS ÉCRIT : Service de restauration et de collation Problème de conformité n° 014 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021). **Non-respect de : l'alinéa 79 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Service de restauration et de collation

Paragraphe 79 (2) Le titulaire de permis veille à ce qui suit : b) aucun repas n'est servi à un résident qui a besoin d'aide pour manger ou boire avant que quelqu'un soit disponible pour lui fournir l'aide dont il a besoin.

Le titulaire du permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente qui a besoin d'aide ne se voie pas servir un repas tant que quelqu'un n'est pas disponible pour lui fournir l'aide dont elle a besoin.

Justification et résumé :

À une occasion précise, pendant le service du repas de midi, il a été observé qu'une personne résidente avait une assiette de nourriture devant elle pendant environ dix minutes.

L'examen des dossiers a montré que la personne résidente avait besoin de l'aide d'un membre du personnel pendant les repas.

Un entretien avec le directeur ou la directrice du service d'alimentation a confirmé que la personne résidente n'aurait pas dû recevoir une assiette de nourriture si un membre du personnel n'était pas disponible pour l'aider.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que la personne résidente ne reçoive pas son repas avant qu'un membre du personnel ne soit disponible pour l'aider lui a fait courir le risque que la nourriture ne soit pas appétissante et qu'il y ait un déclin nutritionnel.

Sources : observations, programme de soins d'une personne résidente, entretien avec le directeur ou la directrice du service d'alimentation.

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

[741755]

AVIS ÉCRIT : Services d'entretien Problème de
conformité n° 015 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la
LRSLD (2021) **Non-respect de : l'alinéa 96 (2) g) du Règl. de
l'Ont. 246/22**

Services d'entretien

Paragraphe 96 (2) Le titulaire de permis veille à ce que soient élaborées et mises en
œuvre des marches à suivre qui garantissent ce qui suit :

(g) la température de l'eau qui alimente les baignoires, les douches et les lavabos
qu'utilisent les résidents ne dépasse pas 49 degrés Celsius et est contrôlée par un
dispositif de régulation de la température qui se trouve hors de la portée des
résidents;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des marches à suivre soient mises en
œuvre pour garantir que des mesures immédiates soient prises lorsque la
température de l'eau dépasse 49 degrés Celsius.

Justification et résumé :

Le directeur ou la directrice a reçu une plainte alléguant que les chaudières du
foyer étaient en mauvais état.

Le directeur ou la directrice des services environnementaux et l'inspectrice
n° 741755 ont fait la visite du foyer. La chambre d'une personne résidente a été
choisie pour vérifier la température de l'eau du lavabo et la température a été
enregistrée à 49,6 degrés Celsius.

Le directeur ou la directrice des services environnementaux a pris acte de la lecture
et a déclaré qu'il ou elle allait régler le problème immédiatement en vérifiant la
température de l'eau dans les chambres adjacentes, en changeant le robinet
mélangeur ou en réglant les chaudières au sous-sol.

Cette situation a présenté un risque et des conséquences potentiels pour les
personnes résidentes, la température élevée de l'eau pouvant provoquer des
lésions cutanées.

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

Sources : politique du foyer relative au contrôle de la température de l'eau,
observation et entretien avec le directeur ou la directrice des services
environnementaux n° 121.

[529]

AVIS ÉCRIT : Rapports et plaintes

Problème de conformité n° 016 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la
LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 108 (1) 1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Traitement des plaintes

Paragraphe 108 (1) Le titulaire de permis veille à ce que chaque plainte écrite ou
verbale qu'il reçoit ou que reçoit un membre du personnel concernant les soins
fournis à un résident ou l'exploitation du foyer soit traitée comme suit :

1. La plainte fait l'objet d'une enquête et d'un règlement, dans la mesure du
possible, et une réponse conforme à la disposition 3 est donnée dans les 10 jours
ouvrables qui suivent la réception de la plainte. S'il est allégué dans la plainte qu'un
préjudice ou un risque de préjudice, notamment un préjudice physique, a été
causé à un ou plusieurs résidents, l'enquête est menée immédiatement.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que chaque plainte écrite ou verbale qu'il
reçoit concernant les soins fournis à une personne résidente fasse l'objet d'une
enquête et qu'une réponse soit donnée dans les 10 jours ouvrables qui suivent la
réception de la plainte. S'il est allégué dans la plainte qu'un préjudice ou un risque
de préjudice, notamment un préjudice physique, a été causé à une ou plusieurs
personnes résidentes, l'enquête est menée immédiatement.

Justification et résumé :

Un incident critique a été signalé au directeur ou à la directrice alléguant qu'une
personne résidente avait reçu un traitement inapproprié qui avait entraîné une
blessure. Le foyer a reçu par voie électronique une plainte concernant le
traitement inapproprié envers une personne résidente.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

L'ancien directeur adjoint des soins infirmiers ou l'ancienne directrice adjointe des soins infirmiers a accusé réception de la plainte électronique et a indiqué que le foyer assurerait un suivi auprès de la personne plaignante. L'ancien directeur adjoint des soins infirmiers ou l'ancienne directrice adjointe des soins infirmiers a quitté son poste avant d'avoir pris contact avec le plaignant.

Le ou la DSI a confirmé que personne n'avait pas répondu à la personne plaignante.

L'absence de réponse à la personne plaignante concernant une plainte a donné lieu à une plainte non résolue.

Sources : plainte électronique, entretien avec le ou la DSI et l'ancien directeur adjoint des soins infirmiers ou l'ancienne directrice adjointe des soins infirmiers [741755].

AVIS ÉCRIT : Obtention et conservation de médicaments

Problème de conformité n° 017 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 146 (a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Régimes médicamenteux des résidents

Article 146 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que :

(a) lorsqu'un résident prend un médicament ou un mélange de médicaments, notamment des médicaments psychotropes, sa réaction ainsi que l'efficacité du médicament font l'objet d'une surveillance et sont documentées compte tenu du niveau de risque que le résident court en l'occurrence.

Le titulaire du permis n'a pas veillé à ce que, lorsqu'une personne résidente prend un médicament ou un mélange de médicaments, notamment des médicaments psychotropes, sa réaction ainsi que l'efficacité du médicament soient documentés.

Justification et résumé :

Un incident critique a été signalé au directeur ou à la directrice au sujet d'une allégation de mauvais traitements envers une personne résidente.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Un médicament a été prescrit à une personne résidente, mais le dosage a été ajusté à deux reprises par la suite pour mieux répondre aux besoins de la personne résidente. Cependant, le foyer n'a pas surveillé la réaction de la personne résidente après les ajustements apportés.

Un entretien avec un ancien membre du personnel de l'équipe de direction et le ou la DSI a confirmé que la personne résidente n'avait pas fait l'objet d'une surveillance après l'ajustement de ses médicaments.

Le fait de ne pas documenter la réaction de la personne résidente aux médicaments l'a exposé au risque d'une évaluation incorrecte par le médecin en ce qui concerne la réaction de la personne résidente aux médicaments

Sources : notes d'évolution et programme de soins de la personne résidente, entretiens avec l'ancien directeur adjoint des soins infirmiers ou l'ancienne directrice adjointe des soins infirmiers et le ou la DSI. [741755]

AVIS ÉCRIT : Plans de mesures d'urgence

Problème de conformité n° 018 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect du : sous-alinéa 268 (4) 1 iv. du Règl. de l'Ont. 246/22

Plans de mesures d'urgence

Paragraphe 268 (4) Le titulaire de permis veille à ce que les plans de mesures d'urgence prévoient ce qui suit :

1. La façon de faire face aux situations d'urgence, notamment :
iv. les éruptions de violence,

Le titulaire du permis n'a pas veillé à ce que les plans de mesures d'urgence relatifs aux éruptions de violence soient mis en œuvre lors d'une interaction entre personnes résidentes qui a entraîné des blessures.

Justification et résumé :

Un rapport d'incident critique et une plainte ont été soumis au directeur ou à la directrice, alléguant qu'une personne résidente avait blessé une autre personne résidente au cours d'une interaction. Les documents du foyer ont été examinés et ont confirmé l'existence de leur interaction.

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

La politique du foyer relative au code blanc conseillait au personnel de déclencher le code blanc lorsqu'il observait une situation violente ou une personne représentant un danger immédiat pour les autres, en annonçant trois fois le code et l'emplacement au moyen du système de communication du foyer.

D'après les dossiers du foyer et les entretiens avec le personnel, il a été confirmé que le code blanc n'avait pas été déclenché au moment de l'incident et le directeur ou la directrice des soins cliniques a affirmé que le code aurait dû être déclenché afin que du personnel supplémentaire soit présent auprès des personnes résidentes.

Cet incident a présenté un risque et des conséquences potentiels pour les deux personnes résidentes concernées, car un nombre accru de membres du personnel aurait dû être disponible pour faciliter les soins aux personnes résidentes lorsque le code blanc a été déclenché.

Sources : dossiers médicaux électroniques de deux personnes résidentes, notes d'enquête internes du foyer, politique du foyer relative au code blanc et entretien avec le directeur ou la directrice des soins cliniques n° 102.

[529]

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 001 Préparation alimentaire
Problème de conformité n° 019 Ordonnance de conformité aux
termes de l'alinéa 154 (1) 2 de la LRSLD (2021) **Non-respect du :**
paragraphe 78 (7) du Règl. de l'Ont. 246/22

Préparation alimentaire

Paragraphe 78 (7) Le titulaire de permis veille à ce que soient mis en place au foyer les éléments suivants et à ce que son personnel s'y conforme :

- (a) a) des politiques et des marches à suivre relatives à l'utilisation et au nettoyage sécuritaires de l'équipement lié au système de préparation alimentaire et au service de restauration et de collation;
- (b) b) un calendrier de nettoyage pour tout l'équipement;
- (c) c) un calendrier de nettoyage pour les aires réservées à la préparation alimentaire, à la dépense et au lavage de la vaisselle.

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

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

Le titulaire du permis doit faire ce qui suit :

- 1) Consulter un entrepreneur pour planifier et mettre en œuvre la réparation de l'ensemble du convoyeur principal/de la porte du lave-vaisselle, du sol au plafond.
- 2) Consulter un entrepreneur pour planifier et mettre en œuvre la réparation de toutes les fuites d'eau du lave-vaisselle principal.
- 3) Consulter un entrepreneur pour s'assurer que tous les joints de l'ensemble du convoyeur principal/de la porte du lave-vaisselle, du sol au plafond, sont réparés, nettoyés et scellés.
- 4) Le directeur ou la directrice du service d'alimentation, en collaboration avec le directeur ou la directrice des services environnementaux et l'administrateur, mettra en œuvre et élaborera des calendriers de nettoyage pour les aires réservées à la préparation alimentaire, à la dépense et au lavage de la vaisselle et pour l'ensemble de l'équipement lié à la préparation alimentaire. Le calendrier de nettoyage sera communiqué au personnel de première ligne travaillant dans ces aires, à tous les quarts de travail. Le calendrier de nettoyage doit comprendre, au minimum, la signature/validation d'un membre du personnel de première ligne et du directeur ou de la directrice du service d'alimentation ou la personne désignée par la direction, afin de confirmer que l'activité de nettoyage a été réalisée. Des registres du calendrier de nettoyage et des activités réalisées doivent être conservés, comprenant la date du nettoyage, l'aire nettoyée, le personnel qui a effectué le nettoyage, la signature du personnel et la signature du directeur ou de la directrice du service d'alimentation ou de la personne désignée par la direction.
- 5) Le directeur ou la directrice du service d'alimentation ou la personne désignée par la direction procède à des vérifications à chaque quart de travail pendant une période d'un mois, y compris pendant les fins de semaine et les jours fériés, afin de s'assurer que les registres des lave-vaisselle à haute température, le registre des analyses chimiques des récipients, les registres d'entretien de la cuisine ainsi que les registres quotidiens des températures des réfrigérateurs et des congélateurs sont remplis dans leur intégralité, comme cela est requis pour

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

chaque quart de travail. La vérification doit inclure la date à laquelle elle a été réalisée, le nom de la personne qui l'a réalisée, les éventuelles constatations de non-conformité et les mesures correctives prises.

6) Le ou la responsable du service d'alimentation ou la personne désignée par la direction procède à des vérifications des registres de nettoyage spécial en profondeur chaque semaine ou, si nécessaire, pendant une période d'un mois. La vérification doit inclure la date à laquelle elle a été réalisée, le nom de la personne qui l'a réalisée, les éventuelles constatations de non-conformité et les mesures correctives prises.

7) L'administrateur ou l'administratrice examinera une fois par semaine toutes les vérifications du calendrier de nettoyage et des registres susmentionnés, dans les parties 4), 5) et 6), et apposera sa signature sur les registres

8) Une trace écrite des vérifications et des registres remplis doit être conservée et mise à la disposition de l'inspecteur sur demande.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel du foyer maintienne la cuisine, les aires de lavage de la vaisselle et la dépense propres, et à ce que tout l'équipement soit propre et ne fuie pas.

Justification et résumé :

Lors d'une observation du nettoyage des couvercles des contenants de jus de fruits dans la cuisine, les faits suivants ont été observés :

- Le lave-vaisselle principal est temporairement soutenu par des poutres en bois et fixé au sol et aux murs.
- Les événements principaux du lave-vaisselle présentent des saletés visibles.
- Des draps en flanelle sont disposés sur le sol pour absorber les fuites, l'eau stagnante et les particules de nourriture sous le lave-vaisselle.
- Les murs, les plafonds, les ventilateurs de plafond et les plafonniers présentent une accumulation visible de saleté.
- Les congélateurs à viande et à légumes dotés de ventilateurs et les plafonds

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

présentent une accumulation visible de saleté.

- Le congélateur à viande présente une accumulation de substances brunes et noires au niveau du sol et la moulure de plancher est détachée.
- La plinthe située sous l'évier de nettoyage des casseroles est manquante et présente une accumulation de substances brunes et noires.
- L'évier de nettoyage de casseroles avait un seau sous l'évier pour recueillir l'eau qui fuyait et qui était pleine d'eau brune.
- Des légumes et du poulet non couverts ont été placés dans le congélateur à légumes. Les pales du ventilateur présentaient visiblement de la saleté et projetaient la saleté sur les aliments.

L'examen des registres et des vérifications de la cuisine a permis de constater les éléments suivants :

- Le registre des analyses chimiques des récipients est incomplet à 26 reprises en février 2024 et à 9 reprises en mars 2024.
- En janvier 2024, la vérification des températures du lave-vaisselle principal de la cuisine concernant les températures de lavage et de rinçage a été incomplète à 27 reprises lors du quart du soir.
- En février 2024, la vérification des températures du lave-vaisselle principal de la cuisine concernant les températures de lavage et de rinçage a été incomplète lors du quart du soir pendant tout le mois et a été manquante pour les trois repas du 27 février 2024.
- En mars 2024, la vérification des températures du lave-vaisselle principal de la cuisine concernant les températures de lavage et de rinçage a été incomplète lors du quart du soir à sept reprises pour le souper, et à quatre reprises pour les trois repas.
- Les registres d'entretien de la cuisine sont incomplets à plusieurs reprises en janvier, en février et en mars 2024.
- Les registres de nettoyage spécial en profondeur pour la période allant de janvier au 14 mars 2024 sont incomplets.

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

- Le registre des températures des réfrigérateurs produits laitiers du 12 mars 2024 est incomplet.
- Le registre de la température de la chambre froide du 5 mars 2024 est incomplet.

En 2023, le service de santé publique de Durham a inspecté la cuisine et a émis un avis de non-conformité.

En 2024, à la demande de l'inspectrice n° 741755, l'inspecteur public de Durham a inspecté la cuisine et a émis un avis de non-conformité.

Les entretiens avec le directeur ou la directrice du service d'alimentation, le directeur général ou la directrice générale et le directeur régional ou la directrice régionale ont confirmé l'insalubrité de la cuisine et le caractère incomplet des registres de température des aliments, des registres de nettoyage spécial en profondeur, des registres des températures du lave-vaisselle, des registres des analyses chimiques des récipients et des registres d'entretien. Les directeurs ont confirmé que le calendrier de nettoyage de la cuisine, de la dépense et des aires de préparation alimentaire était incomplet.

Le côté insalubre de la cuisine et l'absence de registres de sécurité alimentaire complets ont exposé les personnes résidentes à des risques de maladies d'origine alimentaire.

Sources : observations, politique en matière de sécurité alimentaire, registres divers dans la cuisine et entretiens avec le directeur ou la directrice du service d'alimentation, le directeur général ou la directrice générale et le directeur régional ou la directrice régionale, inspections de la santé publique de Durham en 2023 et 2024.

[741755]

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le : 31 juillet 2024

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) #002 Altercations entre les résidents et autres interactions

Problème de conformité n° 020 ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154 (1) 2) de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 59 (b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Altercations entre les résidents et autres interactions

Article 59 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que des mesures soient prises afin de réduire au minimum les risques d'altercations et d'interactions susceptibles de causer un préjudice entre et parmi les résidents, notamment :

(b) (b) en identifiant des mesures d'intervention et en les mettant en œuvre.

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

Le titulaire de permis doit :

1. Désigner un responsable de la gestion ou un responsable des soins infirmiers pour donner une formation en personne à l'ensemble du personnel infirmier autorisé actif sur la politique du foyer relative aux comportements réactifs, y compris, mais sans s'y limiter, sur la nécessité de remplir l'outil de bilan concernant les comportements réactifs.
2. Désigner un responsable de la gestion ou un responsable des soins infirmiers pour donner une formation en personne à l'ensemble du personnel infirmier autorisé actif sur les politiques du foyer relatives au protocole d'administration des médicaments, conformément à la Norme d'exercice sur les médicaments de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario.
3. Tous les dossiers de formation, y compris au minimum les dates de formation, les noms des personnes qui ont suivi la formation, les noms des personnes qui ont donné la formation, le contenu et le matériel de la formation, doivent être conservés par le foyer et mis à la disposition de l'inspecteur sur demande.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des mesures d'intervention soient mises en œuvre afin de réduire au minimum les risques d'altercations entre des

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

personnes résidentes.

Justification et résumé :

1. Un rapport d'incident critique a été soumis au directeur ou à la directrice, faisant état d'une interaction entre personnes résidentes qui a entraîné une chute avec blessure.

Un examen du dossier médical électronique d'une personne résidente a révélé que des mesures d'intervention en matière de comportement devaient être mises en œuvre. Un examen plus approfondi des dossiers de la personne résidente a révélé que les mesures d'intervention n'avaient pas été mises en œuvre pendant plusieurs quarts de travail et plusieurs jours.

Le ou la DSI a confirmé la même chose et le personnel infirmier autorisé était censé effectuer les mesures d'intervention conformément au programme de soins de la personne résidente.

Cette situation a présenté un risque et des conséquences pour la personne résidente, car l'équipe interprofessionnelle pouvait ne pas connaître l'état de la personne résidente lorsque les mesures d'intervention n'étaient pas mises en œuvre, ce qui modifiait l'approche des soins.

Sources : dossiers médicaux électroniques de la personne résidente et entretien avec le ou la DSI. [529]

Justification et résumé :

2. Un rapport d'incident critique a été soumis au directeur ou à la directrice, alléguant qu'une personne résidente a été victime de mauvais traitements d'ordre physique de la part d'une autre personne résidente.

Un examen du dossier médical électronique d'une personne résidente a révélé que des mesures d'intervention en matière de comportement devaient être mises en œuvre. Un examen plus approfondi des dossiers de la personne résidente a révélé que les mesures d'intervention n'avaient pas été mises en œuvre pendant plusieurs quarts de travail et plusieurs jours.

Le ou la DSI a confirmé la même chose et a indiqué que les mesures d'intervention mises en œuvre auprès d'une personne résidente devaient respecter le programme

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

de soins.

Cette situation a présenté un risque et des conséquences pour la personne résidente, car l'équipe interprofessionnelle pouvait ne pas connaître l'état de la personne résidente lorsque les mesures d'intervention n'étaient pas mises en œuvre, ce qui modifiait l'approche des soins.

Sources : dossiers médicaux électroniques de la personne résidente, entretien avec une PSSP et le ou la DSI.

[529]

Justification et résumé :

3. Un rapport d'incident critique et une plainte ont été adressés au directeur ou à la directrice, selon lesquels une personne résidente aurait été victime de mauvais traitements d'ordre physique de la part d'une autre personne résidente, qui ont entraîné des blessures.

Un examen de la politique du foyer relative aux comportements réactifs a relevé que le personnel devait remplir un outil de bilan après chaque nouvel épisode de comportement, dans le but de décrire le comportement, de cerner les comportements déclencheurs et les mesures d'intervention à mettre en œuvre.

Les dossiers de la personne résidente ont été examinés, mais l'outil n'a pas pu être retrouvé après l'interaction déterminée entre les personnes résidentes.

Le directeur ou la directrice des soins cliniques a confirmé la même chose; l'outil aurait dû être rempli pour la personne résidente conformément à la politique du foyer relative aux comportements réactifs.

Cette situation a présenté un risque et des conséquences potentiels pour les personnes résidentes, car l'épisode de comportement de la personne résidente n'avait peut-être pas été entièrement communiqué aux membres de l'équipe interprofessionnelle, ce qui diminuait leur capacité à fournir les soins les plus appropriés à la personne résidente.

Sources : dossiers médicaux de la personne résidente, notes d'enquête internes du foyer, politique du foyer relative aux comportements réactifs et entretien avec le directeur ou la directrice des soins cliniques.

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

[529]

Justification et résumé :

4. Un rapport d'incident critique et une plainte ont été adressés au directeur ou à la directrice, selon lesquels une personne résidente aurait été victime de mauvais traitements d'ordre physique de la part d'une autre personne résidente, qui ont entraîné des blessures.

Un examen du dossier médical électronique d'une personne résidente a révélé que des mesures d'intervention en matière de comportement devaient être mises en œuvre. Un examen plus approfondi des dossiers de la personne résidente a révélé que les mesures d'intervention n'avaient pas été mises en œuvre pendant plusieurs quarts de travail et plusieurs jours.

Le directeur ou la directrice des soins cliniques a confirmé la même chose et le personnel infirmier autorisé devait mettre en œuvre les mesures d'intervention conformément au programme de soins de la personne résidente.

Cette situation a présenté un risque et des conséquences pour la personne résidente, car l'équipe interprofessionnelle pouvait ne pas connaître l'état de la personne résidente lorsque les mesures d'intervention n'étaient pas mises en œuvre, ce qui modifiait l'approche des soins.

Sources : dossiers médicaux électroniques de la personne résidente et entretien avec le directeur ou la directrice des soins cliniques. [529]

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le : 31 juillet 2024

RENSEIGNEMENTS SUR LA RÉVISION/L'APPEL

PRENDRE ACTE

Le titulaire de permis a le droit de demander au directeur de réexaminer cet (ces) ordre(s) et/ou cet 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 surseoir à l'exécution de cet (ces) ordre(s) dans l'attente de la révision. Si un titulaire de permis demande la révision d'un APA,

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

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'avis de pénalité administrative 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 service 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 coordonnateur des appels
Direction de l'inspection des foyers de
soins de longue durée Ministère des Soins
de longue durée
438, avenue University, 8^e étage
Toronto (Ontario), M7A 1N3
Courriel : MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca

Si le service est effectué par :

- (a) courrier recommandé, il est réputé effectué le cinquième jour suivant le jour de l'envoi
- (b) courriel, il est réputé effectué le jour suivant si le document a été signifié après 16 heures.
- (c) service de messagerie commerciale, il est réputé effectué le deuxième jour ouvrable suivant la réception du document par le service de messagerie

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

commerciale

Si un exemplaire de la décision du directeur n'est pas signifié au titulaire de permis dans un délai de 28 jours à compter de la réception de sa demande de révision, cet (ces) ordre(s) est (sont) et/ou cet avis de pénalité administrative est (sont) réputé(s) confirmé(s) par le directeur et, aux fins d'un appel devant la CARSS, le directeur est réputé avoir signifié au titulaire de permis un exemplaire de cette décision à l'expiration de la période de 28 jours.

Conformément à l'article 170 de la Loi, le titulaire de permis a le droit d'interjeter appel auprès de la CARSS :

- (a) Un ordre pris par le directeur en vertu des articles 155 à 159 de la Loi.
- (b) Un avis de pénalité administrative émise 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, à l'égard d'un ordre d'exécution d'une inspectrice (article 155) ou d'une SAP (article 158).

La CARSS est un tribunal indépendant qui n'est pas lié au ministère. Elle est établie par la Loi pour examiner les questions relatives aux services de soins de santé. Si le titulaire de permis décide d'interjeter appel, il doit le faire par écrit dans un délai de 28 jours à compter de la date à laquelle il a reçu un exemplaire de l'ordre, de l'avis de pénalité administrative ou de la décision du directeur faisant l'objet de l'appel. L'avis d'appel doit être transmis à la fois à la CARSS et au directeur :

Commission d'appel et de révision des services de santé

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

Directeur

a/s coordonnateur des appels
Direction de l'inspection des foyers de
soins de longue durée Ministère des Soins
de longue durée
438 avenue University, 8^e étage
Toronto (Ontario) M7A 1N3

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

Courriel : MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca

Dès réception, la CARSS accusera réception de votre avis d'appel et vous fournira des instructions concernant la procédure d'appel et d'audience. Le titulaire de permis peut en savoir plus sur la CARSS en consultant le site Web www.hsarb.on.ca.