

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

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

Rapport public initial

Date d'émission du rapport : 25 novembre 2024
Numéro d'inspection : 2024-1193-0004
Type d'inspection : Plainte Incident critique
Titulaire de permis : CVH (n° 6) LP par son associé commandité, Southbridge Care Homes (une société en commandite, par son associé commandité, Southbridge Health Care GP inc.)
Foyer de soins de longue durée et ville : Orchard Villa, Pickering

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : les 28-31 octobre 2024 et les 1^{er}, 4, 5, 7, 8 novembre 2024

Les inspections suivantes ont été effectuées :

- Inspection relative à une plainte concernant plusieurs problèmes de soins aux personnes résidentes
- Inspection relative à une plainte concernant plusieurs problèmes de soins aux personnes résidentes
- Inspection relative à un incident présumé de mauvais traitements d'ordre physique entre personnes résidentes
- Inspection relative à un incident présumé de mauvais traitements d'ordre physique la part du personnel envers des personnes résidentes
- Inspection relative à une personne résidente manquante
- Inspection relative à des chutes de personnes résidentes, entraînant des blessures

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

Soins et services de soutien aux personnes résidentes (Resident Care and Support Services)
Gestion des médicaments (Medication Management)
Entretien ménager, services de buanderie et services d'entretien (Housekeeping, Laundry and Maintenance Services)
Prévention et contrôle des infections (Infection Prevention and Control)

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Prévention des mauvais traitements et de la négligence (Prevention
of Abuse and Neglect)
Comportements réactifs (Responsive Behaviours)
Rapport et plaintes (Reporting and Complaints)
Prévention et gestion des chutes (Falls Prevention and Management)

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : DROITS DES RÉSIDENTS

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

Non-respect de : la disposition 3(1)4 de la LRSLD (2021).

Déclaration des droits des résidents

Par. 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 :

4. Le résident a droit à la protection contre les mauvais
traitements.

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne
résidente soit protégée de mauvais traitements financiers de la part
du personnel.

Justification et résumé

Selon un rapport d'incident critique (IC) remis au directeur ou à la
directrice, le membre d'une famille a vu sur une vidéo un membre du
personnel entrer dans la chambre d'une personne résidente et se
diriger immédiatement vers la table de chevet sur laquelle des
cigarettes étaient posées. La personne résidente a déclaré avoir
installé une caméra vidéo après avoir remarqué, sur une période de
deux mois, que des cigarettes manquaient et qu'elle voulait savoir qui
les lui prenait.

La directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI) a déclaré à
l'inspecteur/l'inspectrice que la personne résidente avait fourni des
images vidéo montrant le membre du personnel entrer dans sa chambre et
se diriger immédiatement vers sa table de chevet.

Le ou la DSI a reconnu que les agissements du membre du personnel
envers la personne résidente constituaient de mauvais traitements. Il

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

ou elle a confirmé que ce membre du personnel ayant été congédié du foyer, il n'était plus possible de l'interroger.

L'omission de protéger la personne résidente contre les mauvais traitements expose celle-ci à un risque de mauvais traitements d'ordre financier supplémentaires, qui aurait pu se répercuter négativement sur sa qualité de vie et son bien-être émotionnel.

Sources : Rapport d'IC; notes d'enquête du foyer; vidéo; dossiers de la personne résidente; dossier du membre du personnel; entretiens avec la personne résidente et le/la DSI.

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente soit protégée de mauvais traitements financiers de la part de la personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) n° 120.

Justification et résumé

Selon un rapport d'IC remis au directeur ou à la directrice, la PSSP n° 115 avait vu la PSSP n° 120 frapper une personne résidente à l'épaule droite pendant les soins personnels. Il y avait un risque minimal pour la personne résidente. La PSSP n° 115 a déclaré avoir été informée par d'autres membres du personnel au sujet d'autres incidents causés par la PSSP n° 120, sans toutefois donner de dates précises et que la personne résidente ne montrait de signes d'agitation qu'en présence de la PSSP n° 120.

Selon l'enquête du foyer sur l'incident présumé de mauvais traitements d'ordre physique, plusieurs membres du personnel avaient été interrogés, notamment la PSSP n° 122, la PSSP n° 115 et l'infirmière auxiliaire autorisée (IAA) n° 123, qui avaient déclaré être conscientes du fait que la PSSP n° 120 frappait la personne résidente pendant les soins. Durant l'entretien, la PSSP n° 120 avait nié les allégations de mauvais traitements.

Le ou la DSI a reconnu que les agissements de la PSSP n° 120 envers la personne résidente constituaient de mauvais traitements. Le ou la DSI a confirmé que, comme la PSSP n° 120 a été congédiée du foyer, il n'était plus possible de l'interroger.

L'omission de protéger la personne résidente contre de mauvais

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

traitements expose celle-ci à un risque de mauvais traitements supplémentaires, qui aurait pu se répercuter négativement sur sa qualité de vie et son bien-être émotionnel.

Sources : Rapport d'IC; notes d'enquête du foyer; dossier clinique de la personne résidente; entretiens avec des membres du personnel.

**AVIS ÉCRIT : FAIRE RAPPORT AU DIRECTEUR OU À LA
DIRECTRICE DANS CERTAINS CAS**

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 28(1)2 de la LRSLD (2021).

Faire rapport au directeur dans certains cas

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

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.

1. Le titulaire du permis n'a pas signalé immédiatement au directeur ou à la directrice un incident de mauvais traitements financiers envers une personne résidente.

Justification et résumé

Selon un rapport d'incident critique (IC) remis au directeur ou à la directrice, le membre d'une famille a vu sur une vidéo un membre du personnel entrer dans la chambre d'une personne résidente et se diriger immédiatement vers la table de chevet sur laquelle des cigarettes étaient posées. La personne résidente a déclaré avoir installé une caméra vidéo après avoir remarqué, sur une période de deux mois, que des cigarettes manquaient et qu'elle voulait savoir qui les lui prenait.

Le ou la DSI a confirmé qu'un rapport d'IC n'avait pas été remis concernant l'incident de mauvais traitements d'ordre financier à la date à laquelle il ou elle avait été notifié et qu'il ou elle ne l'avait fait que deux jours plus tard. Il ou elle a reconnu que les

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

agissements du membre du personnel constituaient de mauvais traitements d'ordre financier et qu'ils auraient dû être signalés immédiatement au directeur ou à la directrice.

Le fait de ne pas soumettre de rapports sur les allégations de mauvais traitement physique constitue un risque pour les personnes résidentes du foyer, car cela peut mener à des incidents de mauvais traitement physique non signalés.

Sources : Rapport d'IC; notes d'enquête du foyer; vidéo; dossiers de la personne résidente; dossier du membre du personnel; entretiens avec la personne résidente et le/la DSI.

2. Le titulaire du permis n'a pas signalé immédiatement au directeur ou à la directrice un incident de mauvais traitement physique envers une personne résidente.

Justification et résumé

Selon un rapport d'IC remis au directeur ou à la directrice, la PSSP n° 115 avait vu la PSSP n° 120 frapper une personne résidente à l'épaule droite pendant les soins personnels. Il y avait un risque minimal pour la personne résidente. L'examen du dossier clinique de la personne résidente indique que celle-ci avait besoin de deux membres du personnel pendant les soins. La PSSP n° 115 a déclaré avoir été informée par d'autres membres du personnel au sujet d'autres incidents pendant les soins à la personne résidente, sans donner de dates précises, et que la personne résidente ne montrait des signes d'agitation pendant les soins qu'en présence de la PSSP n° 120.

Conformément à la politique du foyer sur la tolérance zéro concernant les mauvais traitements et de négligence des personnes résidentes, frapper constitue de mauvais traitements d'ordre physique. Le politique stipule sous « Signalement » que :

1. Tout employé ou toute personne qui prend conscience d'un incident de mauvais traitement ou de négligence allégué, soupçonné ou avec témoin d'une personne résidente doit le signaler immédiatement à l'administrateur/son représentant/au supérieur immédiat ou, en cas d'indisponibilité, au superviseur du plus haut degré au travail à ce moment.

Le ou la DSI a reconnu que les agissements de la PSSP n° 120 envers la

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

personne résidente constituaient de mauvais traitements. Il ou elle a confirmé que le personnel était au courant des incidents de mauvais traitements d'ordre physique envers la personne résidente et qu'il ou elle ne les a pas immédiatement signalés à son superviseur ou à la direction. Le ou la DSI a confirmé que comme la PSSP n° 120 a été congédiée du foyer, il n'était plus possible de l'interroger.

Le fait de ne pas soumettre de rapports sur les allégations de mauvais traitement physique constitue un risque pour les personnes résidentes du foyer, car cela peut mener à des incidents de mauvais traitement physique non signalés.

Sources : Rapport d'IC; notes d'enquête du foyer; dossiers de la personne résidente; dossier du membre du personnel; entretiens avec les PSSP.

AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes

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 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 d'accessoires fonctionnels. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 54(1).

Le titulaire de permis a omis de vérifier si, après la chute d'une personne résidente, les mesures de prévention des chutes prévues avait été appliquées.

Justification et résumé

Un rapport d'IC a été remis au directeur ou à la directrice concernant la chute d'une personne résidente, entraînant des blessures, puis son transfert à l'hôpital.

L'examen du dossier clinique de la personne résidente indique que des mesures de prévention des chutes auraient dû être mises en place au

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

moment de sa chute. Les notes d'évolution du jour de la chute et les notes d'enquête du foyer indiquent que les mesures de prévention des chutes nécessaires prévues pour la personne résidente n'étaient pas en place au moment de sa chute.

Il avait été noté, durant une observation de la personne résidente, que les mesures de prévention des chutes pour la personne résidente n'avaient pas été mises en place. La PSSP n° 111 a confirmé que les mesures de prévention des chutes n'étaient pas en place au moment de l'observation.

L'entretien avec le ou la DSI et l'IAA n° 102 a confirmé que les mesures de prévention des chutes prévues pour la personne résidente auraient dû être mises en place conformément aux interventions prévues en cas de chute figurant dans son plan de soins.

Le non-respect des interventions en cas de chute prévues dans le plan de soins a exposé la personne résidente à un risque de blessure.

Sources : Rapport d'IC; notes d'enquête du foyer; observation; dossier clinique de la personne résidente; entretiens avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies

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

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

Soins de la peau et des plaies

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, 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.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'intégrité épidermique altérée d'une personne résidente soit réévaluée au moins chaque semaine 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 West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Justification et résumé

Un rapport d'IC a été remis au directeur ou à la directrice concernant la chute d'une personne résidente, entraînant une blessure, puis son transfert à l'hôpital.

Le dossier clinique de la personne résidente indique qu'une évaluation initiale de la peau et des plaies avait été effectuée le jour de sa chute et à son retour de l'hôpital. Les documents indiquent que la personne résidente était revenue de l'hôpital avec une blessure. Aucune évaluation hebdomadaire de la peau et de la plaie n'avait été effectuée après le retour de l'hôpital.

Le ou la DSI et l'IAA n° 102 ont confirmé qu'une évaluation hebdomadaire de la peau et de la plaie aurait dû être effectuée jusqu'à la cicatrisation de la plaie.

Omettre d'effectuer une évaluation hebdomadaire de la peau et de la plaie de la personne résidente augmentait le risque de retard du traitement en cas d'aggravation.

Sources : Rapport d'IC; dossier clinique de la personne résidente; entretiens avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Comportements réactifs

Problème de conformité n° 005 Avis écrit remis aux termes de la disposition 154(1)1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : la disposition 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 a omis de veiller à ce que les éléments suivants soient élaborés pour répondre aux besoins de la personne résidente n° 007 ayant 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.

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

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

Justification et résumé

Un rapport d'IC a été remis au directeur ou à la directrice concernant une altercation entre les personnes résidentes n° 007 et n° 009. La personne résidente n° 007 est entrée dans l'espace personnel de la personne résidente n° 009 pendant que cette dernière était assise. La personne résidente n° 009 a ensuite donné un coup de pied à la personne résidente n° 007, ce qui a entraîné sa chute et lui a occasionné des blessures importantes.

Il n'y avait pas de stratégies de soins prévues avant cet incident, pour indiquer que la personne résidente n° 009 avait des comportements réactifs lorsque des personnes entraient dans son espace personnel.

L'entretien avec la PSSP n° 127 indique que les comportements réactifs de la personne résidente n° 009 étaient connus et confirme que la personne résidente n° 007 se trouvait dans l'espace personnel de la personne résidente n° 009 lorsque l'altercation s'est produite. En outre, la PSSP n° 127 a précisé que la personne résidente n° 007 n'aimait pas que des personnes entrent dans son espace personnel. L'entretien avec le ou la DSI et l'IAA n° 124 du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement (Projet OSTC) indique que cette information aurait dû figurer dans le plan de soins de la personne résidente n° 007 afin d'inclure ses déclencheurs et les interventions à mettre en place.

Omettre d'avoir une stratégie écrite pour le déclencheur connu de la personne résidente n° 007 n'a pas réduit le risque d'altercations.

Sources : Rapport d'IC; dossiers cliniques des personnes résidentes n° 007 et n° 009; observations et entretiens avec des membres du personnel et la direction.

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

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

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

Programme de prévention et de contrôle des infections

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

b) les normes ou protocoles que délivre le directeur à l'égard de la

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

prévention et du contrôle des infections. Règl. de l'Ont. 246/22,
par. 102(2).

Le titulaire de permis a omis de veiller à la mise en œuvre d'une
norme établie par le directeur en ce qui concerne la prévention et le
contrôle des infections (PCI).

Plus précisément, le titulaire de permis a omis de mettre en œuvre
l'exigence supplémentaire 6.1 de la « Norme de prévention et de
contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue
durée, révisée en septembre 2023 » (Norme PCI), lorsque les EPI n'ont
pas été mis à la disposition des membres du personnel en fonction de
leur niveau de risque lié aux précautions supplémentaires s'appliquant
aux contacts.

Justification et résumé

Au cours d'une visite dans le cadre du programme de PCI, on a remarqué
que des précautions s'appliquant aux contacts avaient été prises à
l'égard de deux personnes résidentes. Devant la porte de la chambre de
ces résidents se trouvaient des bacs suspendus dans lesquels les
équipements de protection individuelle (EPI) devaient être stockés. Il
n'y avait pas de gants disponibles au point de service alors que les
EPI auraient dû être facilement accessibles.

Le ou la responsable du programme de PCI a confirmé que les membres du
personnel devaient porter l'EPI approprié avant d'entrer dans la
chambre d'une personne résidente à l'égard de laquelle des précautions
supplémentaires avaient été mises en place. Ils ont confirmé que des
gants auraient dû être disponibles et accessibles au point de service.

Le risque de transmission est plus élevé lorsque tous les EPI requis
ne sont pas disponibles au point de service.

Sources : Observations et entretien avec le ou la responsable de la
PCI.

AVIS ÉCRIT : AVIS : POLICE

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 105 du Règl. de l'Ont. 246/22

Avis : police

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Art. 105. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le corps de police concerné soit immédiatement avisé de tout incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitements ou de négligence envers un résident s'il soupçonne que l'incident constitue une infraction criminelle. Règl. de l'Ont. 246/22, art. 105, 390(2).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le service de police approprié soit immédiatement avisé des mauvais traitements physiques présumés envers une personne résidente.

Justification et résumé

Un rapport d'IC a été soumis au directeur ou à la direction au sujet d'une allégation de mauvais traitements envers une personne résidente. L'examen des dossiers cliniques de la personne résidente a révélé que son mandataire spécial avait allégué que l'IAA n° 108 avait commis des actes de violence physique envers la personne résidente alors qu'elle lui prodiguait des soins. L'infirmière autorisée (IA) n° 110 a déclaré n'avoir pas prévenu la police lorsqu'elle a pris connaissance de l'allégation de mauvais traitements physiques. Aucun dossier n'indiquait une communication avec les services de police.

Le ou la DSI a reconnu que la police n'avait pas été prévenue lorsqu'il ou elle avait pris connaissance de l'allégation de mauvais traitements physiques.

Le fait de ne pas s'assurer que le service de police approprié est prévenu en cas d'allégation de mauvais traitements physiques pourrait augmenter le risque de récidive au sein du foyer.

Sources : Rapport d'IC; dossier clinique de la personne résidente; entretiens avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS

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

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

Administration de médicaments

Par. 140(2) Le titulaire de permis veille à ce que les médicaments

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

soient administrés aux résidents conformément au mode d'emploi précisé par le prescripteur. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 140(2).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les médicaments soient administrés aux résidents conformément au mode d'emploi précisé par le prescripteur lorsqu'une personne résidente a reçu des médicaments dont l'administration n'était pas prescrite à un moment donné.

Justification et résumé

Un rapport d'IC a été soumis au directeur au sujet d'un incident lié à des médicaments. Des médicaments précis ont été prescrits par le médecin. Le mauvais médicament a été administré à une personne résidente, ce qui aurait pu nuire à son état de santé.

L'IAA n° 108 avoir remarqué que le médicament qui aurait dû être administré à la personne résidente pendant le quart de jour n'était pas ouvert au début du quart de soir. Les notes d'enquête du foyer indiquent qu'au cours d'un entretien avec l'IAA n° 119, celle-ci a déclaré avoir administré le mauvais médicament à la personne résidente.

Le ou la DSI a confirmé que l'IAA n° 119 avait administré des médicaments qui n'avaient pas été prescrits conformément au mode d'emploi précisé par le prescripteur. L'IAA n° 119 avait été congédiée du foyer, et il n'était donc plus possible de l'interroger.

L'omission par le foyer de veiller à ce que la personne résidente prenne les médicaments prescrits par le médecin peut avoir eu une incidence potentielle sur la santé de celle-ci.

Sources : Rapport d'IC; examen des dossiers cliniques de la personne résidente; dossiers électroniques d'administration des médicaments (eMAR); entretiens avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : EMBAUCHE DU PERSONNEL, ACCEPTATION DE BÉNÉVOLES

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

Non-respect de : la disposition 252(3) du Règl. De l'Ont. 246/22

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Embauche du personnel, acceptation de bénévoles Par. 252(3) La vérification du dossier de police doit être une vérification de l'aptitude à travailler auprès de personnes vulnérables visées à la disposition 3 du paragraphe 8(1) de la *Loi de 2015 sur la réforme des vérifications de dossiers de police*. Elle vise à déterminer si la personne est apte à être membre du personnel ou bénévole dans un foyer de soins de longue durée et à protéger les personnes résidentes contre les mauvais traitements et la négligence.

Le titulaire du permis n'a pas veillé à ce que l'IAA n° 123 fasse l'objet d'une vérification de son aptitude à travailler auprès de personnes vulnérables.

Justification et résumé

Selon un rapport d'IC remis au directeur ou à la directrice, la PSSP n° 115 avait vu la PSSP n° 120 frapper une personne résidente à l'épaule droite pendant les soins personnels. Il y avait un risque minimal pour la personne résidente. L'IAA n° 123 est impliquée dans l'incident. Au cours de l'inspection, l'inspecteur a demandé une copie du dossier de vérification de l'aptitude à travailler auprès de personnes vulnérables de l'IAA n° 123. Le directeur général principal ou la directrice générale principale (DGP) n° 116 et le ou la DSI ont déclaré que le foyer avait effectué ces vérifications avant l'embauche, mais n'étaient pas en mesure de trouver une telle vérification pour l'IAA n° 123.

L'omission du foyer de vérifier que l'IAA n° 123 était apte à travailler auprès de personnes vulnérables avant son embauche, comme la loi l'exige, présentait un danger pour la sécurité des personnes résidentes.

Sources : Dossiers des employés; entretien avec le ou la DGP et le ou la DSI.

ORDRE DE CONFORMITÉ n° 001 - comportements réactifs

Problème de conformité n° 010 - ordre de conformité aux termes de la disposition 154(1)2 de la *LRSLD* (2021).

Non-respect de : la disposition 58 (1) 3 du Règl. de l'Ont. 246/22.

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

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

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 :

3. Protocoles permettant de surveiller les résidents et de présenter des rapports internes.

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

Le titulaire de permis doit :

1) Le DSI ou la personne désignée par la direction doit informer l'ensemble du personnel qui s'occupe de la personne résidente n° 006 au sujet des critères à respecter pour établir un système d'observation de la démence (SOD), ainsi que des modalités à suivre pour remplir la fiche du SOD dans son intégralité.

2) Le ou la DSI ou la personne désignée par la direction doit mettre au point et appliquer un processus permettant de vérifier si le SOD a été suivi dans son intégralité lors de sa mise en place. Le ou la DSI ou la personne désignée par la direction doit procéder à une vérification hebdomadaire pendant quatre semaines d'une personne résidente à l'Unité de soutien comportemental (USC) qui nécessite le dispositif du SOD. Le dossier de vérification doit mentionner le nom de la personne qui a effectué la vérification, la date de la vérification et le nom de la personne résidente qui a fait l'objet de la vérification. Il doit également indiquer si le SOD a été suivi dans son intégralité. La vérification doit indiquer les mesures correctives mises en œuvre si le SOD n'est pas suivi dans son intégralité.

3) Tous les dossiers de vérification et de formation doivent être consignés, conservés et remis immédiatement aux inspectrices ou inspecteurs qui en font la demande.

Motifs

Le titulaire du permis n'a pas veillé à ce que la personne résidente n° 006 soit surveillée.

Justification et résumé

Un rapport d'IC a été soumis au directeur ou à la direction après que la personne résidente n° 006 a été portée disparue. La police a trouvé la personne résidente n° 006 et l'a transportée à l'hôpital, où ses blessures ont été confirmées.

Les dossiers cliniques ont été examinés et ont indiqué que la personne

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

résidente n° 006 avait tenté à plusieurs reprises de s'enfuir avant cet incident. Au cours de l'inspection, les notes d'évolution ont indiqué que la personne résidente n° 006 continuait à s'enfuir.

Les interventions mises en place pour assurer la sécurité de la personne résidente n° 006 incluaient une surveillance toutes les 30 minutes au moyen du système d'observation de la démence (SOD). Après examen du SOD, il s'est avéré que plusieurs écritures manquaient. La PSSP n° 127, l'IAA n° 129 et le ou la superviseur(e) n° 126 ont indiqué que le SOD était la principale méthode de surveillance de la personne résidente et que l'équipe du Projet OSTC analysait ensuite les renseignements et les tendances afin de mettre en place les mesures nécessaires. L'IAA n° 129 a également mentionné que la personne résidente présentait un risque accru de fugue lorsqu'elle traversait le hall d'entrée et voyait la sortie principale du bâtiment. Selon l'IAA n° 129, ce renseignement ne figurait pas dans la fiche du SOD et n'était donc pas inclus dans le programme de soins de la personne résidente.

Le ou la DSI et l'IAA du Projet OSTC n° 124 ont indiqué que la PSSP affectée à la personne résidente n° 006 devait remplir le SOD dans son intégralité, faute de quoi les analyses des tendances comportementales et la détermination des mesures nécessaires pourraient être faussées.

L'omission de remplir le SOD dans son intégralité n'a pas favorisé l'établissement de mesures propres à la personne résidente n° 006.

Sources : Rapport d'IC; dossiers cliniques de la personne résidente n° 006; entretiens avec les membres du personnel et la direction.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 7 janvier 2025.

ORDRE DE CONFORMITÉ N° 002 Comportements réactifs

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

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

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

a) les comportements déclencheurs du résident sont identifiés, dans la

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

mesure du possible;

b) des stratégies sont élaborées et mises en œuvre pour réagir à ces comportements, dans la mesure du possible;

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.

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

Le titulaire de permis doit :

1) Le ou la DSI, le travailleur social ou la travailleuse sociale, et le médecin doivent collaborer avec l'IAA du Projet OSTC et le personnel de première ligne afin d'élaborer et de mettre en œuvre des mesures pour empêcher la personne résidente n° 006 de s'enfuir. Cette mesure doit être consignée dans son programme de soins.

2) L'efficacité des mesures établies doit être réévaluée par le directeur des soins infirmiers ou son représentant, l'IAA du Projet OSTC et un membre du personnel de première ligne prodiguant des soins à la personne résidente n° 006 sur une base hebdomadaire. Si les mesures existantes ne sont pas efficaces et que la personne résidente continue de s'enfuir, le ou la DSI, le travailleur social ou la travailleuse sociale, et le médecin doivent collaborer avec l'IAA du Projet OSTC et le personnel de première ligne pour mettre au point et appliquer de nouvelles mesures jusqu'à ce que celles-ci se révèlent efficaces. La réévaluation et l'évaluation doivent être consignées dans le programme de soins de la personne résidente.

3) Le ou la responsable du Projet OSTC doit réviser le programme de soins de la personne résidente n° 006 afin de préciser que les allers-retours vers la salle à manger sont un élément déclencheur de la fugue.

4) Le ou la responsable du Projet OSTC ou son représentant doit fournir une formation aux stratégies définies à l'ensemble du personnel de soins directs travaillant avec la personne résidente n° 006, et doit accroître sa surveillance de celle-ci avant et après les repas.

5) Tous les dossiers doivent être consignés, conservés et remis immédiatement aux inspectrices ou inspecteurs qui en font la demande.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Motifs

Le titulaire du permis n'a pas veillé à déterminer les déclencheurs comportementaux de la personne résidente n° 006

Justification et résumé

Un rapport d'IC a été soumis au directeur ou à la direction après que la personne résidente n° 006 a été portée disparue. La police a trouvé la personne résidente n° 006 et l'a transportée à l'hôpital, où ses blessures ont été confirmées.

Les dossiers cliniques ont été examinés et ont indiqué que la personne résidente n° 006 avait tenté à plusieurs reprises de s'enfuir avant cet incident. Au cours de l'inspection, les notes d'évolution ont indiqué que la personne résidente continuait à s'enfuir. Les mesures mises en place pour assurer la sécurité de la personne résidente n° 006 incluaient une surveillance toutes les 30 minutes.

Les entretiens avec l'IAA n° 129 ont révélé que la salle à manger du foyer fait face à l'entrée principale du bâtiment. L'IAA n° 129 a également mentionné que la personne résidente n° 006 nécessitait une surveillance accrue et une réorientation avant et après les repas, car elle tentait de s'enfuir dès qu'elle apercevait les portes de l'entrée principale lors de ses allers-retours vers la salle à manger. L'IAA n° 129 a confirmé que ce déclencheur connu n'était pas consigné dans le programme de soins de la personne résidente. La PSSP n° 130, l'IAA du Projet OSTC n° 124 et le ou la DSI n'étaient pas au courant de ce déclencheur comportemental. L'IAA du Projet OSTC n° 124 et le ou la DSI ont souligné que ce déclencheur connu aurait dû figurer dans le programme de soins de la personne résidente n° 006 afin qu'il soit communiqué au personnel chargé de la surveiller.

L'omission de consigner les déclencheurs comportementaux connus dans le programme de soins de la personne résidente n° 006 a porté atteinte à sa sécurité et à son bien-être.

Sources : Rapport d'IC; dossiers cliniques de la personne résidente n° 006; entretiens avec les membres du personnel et la direction.

Le titulaire du permis n'a pas veillé à :

(b) la mise au point et l'application de stratégies pour répondre aux comportements de la personne résidente n° 006, dans la mesure du possible;

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Justification et résumé

Un rapport d'IC a été soumis au directeur ou à la directrice après que la personne résidente n° 006 a été portée disparue. La police a trouvé la personne résidente n° 006 et l'a transportée à l'hôpital, où ses blessures ont été confirmées.

Les dossiers cliniques ont été examinés et ont indiqué que la personne résidente n° 006 avait tenté à plusieurs reprises de s'enfuir avant cet incident. Au cours de l'inspection, les notes d'évolution ont indiqué que la personne résidente continuait à s'enfuir. Les notes d'évolution rédigées par l'IAA du Projet OSTC n° 129 recommandaient que la personne résidente n° 006 fasse l'objet d'une surveillance individuelle. Les interventions mises en place pour assurer la sécurité de la personne résidente n° 006 incluaient une surveillance toutes les 30 minutes.

L'IAA n° 129 et la PSSP n° 130 ont indiqué que la personne résidente s'était enfuie à plusieurs reprises et que les interventions manquaient d'efficacité le jour où sa disparition a été signalée. De plus, selon l'IAA n° 129 et la PSSP n° 130, lorsque la personne résidente a été portée disparue, aucune PSSP n'a été affectée à sa surveillance toutes les 30 minutes en raison d'une baisse des effectifs. Selon l'IAA n° 129, l'intervention la plus efficace pour cette personne résidente était une surveillance individuelle. Cette recommandation a été formulée par le Projet OSTC, mais n'a jamais été mise en œuvre. L'IAA du Projet OSCt n° 124 a confirmé que la personne résidente n° 006 avait tenté de s'enfuir à plusieurs reprises. Ces fugues avaient été consignées, et la recommandation relative à la surveillance individuelle avait été communiquée au ou à la DSI, mais n'avait jamais été mise en œuvre.

Le ou la DSI a précisé que, lorsqu'une surveillance individuelle est recommandée, elle est mise en œuvre immédiatement, mais n'a pas pu expliquer la raison pour laquelle la recommandation du Projet OSTC n'a pas été appliquée. De plus, les entretiens avec l'IAA n° 129 ont révélé que la salle à manger du foyer fait face à l'entrée principale du bâtiment. L'IAA n° 129 a également mentionné que la personne résidente n° 006 nécessitait une surveillance accrue et une réorientation avant et après les repas, car elle tentait de s'enfuir dès qu'elle apercevait les portes de l'entrée principale lors de ses allers-retours vers la salle à manger. L'IAA n° 129 a confirmé que ce déclencheur connu n'était pas consigné dans le programme de soins de la personne résidente. La PSSP n° 130, l'IAA du Projet OSTC n° 124 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 West, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

le ou la DSI n'étaient pas au courant de ce déclencheur comportemental. L'IAA du Projet OSTC n° 124 et le ou la DSI ont souligné que ce déclencheur connu aurait dû figurer dans le programme de soins de la personne résidente n° 006 afin qu'il soit communiqué au personnel chargé de la surveiller.

En conséquence, des stratégies de surveillance accrue de la personne résidente n° 006 n'ont pas été mises au point et appliquées, ce qui a porté atteinte à sa sécurité et à son bien-être.

Sources : Rapport d'IC; dossiers cliniques de la personne résidente n° 006; entretiens avec les membres du personnel et la direction.

Le titulaire du permis n'a pas veillé à ce que :

(c) des mesures soient prises pour répondre aux besoins de la personne résidente n° 006, notamment des évaluations, des réévaluations et des interventions, et à ce que les réactions de la personne résidente aux interventions soient documentées.

Justification et résumé

Un rapport d'IC a été soumis au directeur ou à la directrice après que la personne résidente n° 006 a été portée disparue. La police a trouvé la personne résidente n° 006 et l'a transportée à l'hôpital, où ses blessures ont été confirmées.

Les dossiers cliniques ont été examinés et ont indiqué que la personne résidente n° 006 avait tenté à plusieurs reprises de s'enfuir avant cet incident. Au cours de l'inspection, les notes d'évolution ont indiqué que la personne résidente continuait à s'enfuir. L'examen des notes d'évolution a révélé qu'un dispositif d'alerte anti-fugue a été mis à l'essai, mais qu'il n'a jamais été mis en œuvre avec succès en raison des comportements réactifs de la personne résidente. Aucun document dans le dossier clinique de la personne résidente n'indique que cette mesure a été réévaluée.

L'IAA n° 129, le superviseur ou la superviseure n° 126 et l'IAA du Projet OSTC n° 124 ont souligné la nécessité de réévaluer le dispositif d'alerte anti-fugue et de consigner les réactions à l'intervention. De plus, l'IAA n° 129 a mentionné que la personne résidente avait vécu auparavant dans une zone résidentielle qui nécessitait un code d'entrée et de sortie. Dans son foyer actuel, la personne résidente

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

n° 006 doit se rendre dans la salle à manger qui est parallèle au hall d'entrée et à la zone de sortie/d'entrée principale. L'IAA n° 129 a donc souligné que l'heure des repas est un élément déclencheur. Les dossiers cliniques ont fait l'objet d'un examen. Aucune évaluation n'a été effectuée pour déterminer si l'espace actuel du foyer de la personne résidente était adéquat. L'IAA n° 129 a mentionné qu'en raison de ce déclencheur connu, il serait plus adéquat de placer la personne résidente dans un autre foyer.

Sources : Rapport d'IC; dossiers cliniques de la personne résidente n° 006; entretiens avec les membres du personnel et la direction.

Le titulaire du permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 7 janvier 2025.

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

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

INFORMATIONS POUR UNE RÉVISION/UN APPEL

PRENDRE ACTE

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

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

La demande écrite de révision doit comprendre :

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

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

Directeur

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

Si la signification se fait :

- a) par courrier recommandé, elle est réputée être faite le cinquième jour qui suit le jour de l'envoi;

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

- b) par courriel, elle est réputée être faite le lendemain, si le document a été signifié après 16 heures;
- c) par messagerie commerciale, elle est réputée être faite le deuxième jour ouvrable après le jour où la messagerie commerciale reçoit le document.

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

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

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

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

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

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

Directeur

a/s du coordonnateur des appels

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

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

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.