

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Rapport public initial

| | |
|---|---|
| Date d'émission du rapport : 17 mai 2024 | |
| Numéro d'inspection : 2024-1071-0002 | |
| Type d'inspection : Plainte Incident critique | |
| Titulaire de permis : Extendicare (Canada) Inc. | |
| Foyer de soins de longue durée et ville : Extendicare Oshawa, Oshawa | |
| Inspectrice principale Chantal Lafreniere (194) | Signature numérique de l'inspectrice |
| Autre inspectrice Rita Lajoie n° 741754 Patti Mata n° 571 Najat Mahmoud n° 741773 | |

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : les 8, 9, et 12, du 15 au 19, et du 22 au 25 avril 2024
L'inspection a eu lieu à l'extérieur aux dates suivantes : le 11 avril 2024

Les inspections concernaient :

- Un plaignant concernant de mauvais traitements et les droits des résidents.
- Un rapport d'incident critique relatif aux mauvais traitements infligés à une personne résidente.
- Un plaignant concernant de mauvais traitements et les droits des résidents.
- Une plainte relative aux droits des résidents, à la production alimentaire et aux mauvais traitements infligés aux résidents.
- Un rapport d'incident critique relatif à la négligence des soins.
- Un rapport d'incident critique relatif à des soins inadéquats prodigués à une personne résidente et à la production d'aliments.
- Un rapport d'incident critique relatif à de mauvais traitements infligés par des résidents à d'autres résidents.

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Remarque : Des ordres de conformité relatifs au paragraphe 24 (1) et à la disposition 2 du paragraphe 28 (1) de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée (LRSLD)*, ainsi qu'au sous-alinéa 138 (1) a) (ii) et au paragraphe 140 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22 ont été constatés lors d'une inspection concomitante (n° 2024-1071-0002) et publiés dans le présent rapport.

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

- Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
- Gestion des médicaments
- Alimentation, nutrition et hydratation
- Prévention et contrôle des infections
- Foyer sûr et sécuritaire
- Prévention des mauvais traitements et de la négligence
- Droits et choix des résidents
- Rapports et plaintes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : DROITS DES RÉSIDENTS

Problème de conformité n° 001 Avis écrit aux termes de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD (2021)*.

Non-respect : de la disposition 1 du paragraphe 3 (1) de la *LRSLD (2021)*

Déclaration des droits des résidents

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

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

Le directeur a reçu une plainte d'une personne résidente selon laquelle le foyer avait manqué de respect lorsqu'une réunion prévue n'avait pas eu lieu.

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

JUSTIFICATION et RÉSUMÉ

Une réunion avait été prévue entre une personne résidente, son mandataire spécial et une infirmière autorisée (IA) pour rencontrer l'administrateur du foyer afin de discuter des préoccupations de la personne résidente.

L'IA a confirmé qu'elle avait été invitée à assister à une réunion à laquelle participaient la personne résidente, son mandataire spécial et l'administrateur. L'IA a indiqué qu'il s'agissait d'une réunion importante pour la personne résidente, car elle souhaitait discuter de ses préoccupations concernant la direction. L'IA a expliqué que la réunion avec l'administrateur n'avait pas eu lieu, car elle avait été informée par une directrice adjointe des soins que l'administrateur ne serait pas en mesure d'assister à la réunion et qu'une autre heure pourrait être fixée.

L'administrateur a confirmé que la personne résidente et son mandataire spécial attendaient le rendez-vous prévu. L'administrateur a indiqué qu'il avait présenté ses excuses en expliquant qu'il avait une autre réunion prévue et qu'il n'était pas prêt pour cette réunion, car il avait un conflit de rendez-vous. La personne résidente a refusé de rencontrer l'administrateur à la suite de cet incident.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que le droit de la personne résidente à être traitée avec courtoisie et respect, d'une manière qui reconnaisse pleinement sa dignité inhérente, sa valeur et son droit à l'individualité soit pleinement respecté et promu a compromis la capacité du foyer à communiquer avec la personne résidente.

Sources : Entretien avec le personnel. [194]

AVIS ÉCRIT : DROITS DES RÉSIDENTS

Problème de conformité n° 002 Avis écrit aux termes de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de la disposition 3 du paragraphe 3 (1) de la *LRSLD* (2021)

Déclaration des droits des résidents

Paragraphe 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 :

3. Le résident a droit au respect de sa participation à la prise de décisions.

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le droit des résidents à participer à la prise de décision soit respecté lorsque la personne résidente a été informée qu'elle allait devoir déménager.

JUSTIFICATION et RÉSUMÉ

Le directeur a reçu une plainte d'une personne résidente concernant un déménagement non approuvé dans le foyer.

Une lettre a été remise à la personne résidente par le foyer, indiquant que celle-ci devait déplacer ses effets personnels vers un autre lit.

Il a été décidé de déplacer la personne résidente du côté de la fenêtre de la pièce afin de moins la déranger. La personne résidente ne voulait pas déménager; une lettre lui a été envoyée pour l'informer qu'elle serait déplacée de l'autre côté de la pièce, près de la fenêtre. L'administrateur a confirmé que des partenaires externes avaient été impliqués et que la demande du foyer avait été retirée.

Le fait de ne pas veiller à ce que les droits des résidents à participer à la prise de décision soient respectés a minimisé la confiance des résidents envers le foyer.

Sources : Lettre fournie à la personne résidente par le foyer et entretien avec le personnel. [194]

AVIS ÉCRIT : PROGRAMME DE SOINS

Problème de conformité n° 003 Avis écrit aux termes de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de l'alinéa 6 (1) a) de la *LRSLD* (2021)

Programme de soins

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

a) les soins prévus pour le résident;

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'il y ait un programme de soins écrit pour une personne résidente qui énonce les soins prévus pour celle-ci en fonction de deux diagnostics médicaux.

JUSTIFICATION et RÉSUMÉ

Lors de l'inspection des plaintes d'une personne résidente liées à un diagnostic médical, le programme de soins a été examiné.

Le programme de soins de la personne résidente ne prévoyait pas d'interventions liées à deux diagnostics médicaux.

Les dossiers médicaux cliniques de la personne résidente, les notes d'évolution, les ordonnances des médecins, les dossiers d'administration des médicaments et les résultats des tests de laboratoire ont confirmé que la personne résidente avait été diagnostiquée comme souffrant de deux problèmes médicaux.

L'enregistrement de l'outil d'évaluation des résidents a confirmé que le programme de soins pour la personne résidente aurait dû inclure le risque d'un diagnostic médical.

Le responsable de la prévention et du contrôle des infections (PCI) a confirmé l'autre diagnostic médical de la personne résidente.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que le programme de soins écrit de la personne résidente définisse les soins prévus pour cette dernière en fonction des deux diagnostics médicaux a réduit la capacité du personnel à prendre soin de la personne résidente de manière appropriée.

Sources : Examen du dossier médical de la personne résidente et entretien avec le personnel. [194]

AVIS ÉCRIT : PROGRAMME DE SOINS

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

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Non-respect : de l'alinéa 6 (1) c) de la LRS LD (2021)

Programme de soins

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

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'il y ait un programme de soins écrit pour la personne résidente qui énonce des directives claires à l'intention du personnel et des autres personnes qui fournissent des soins directs à cette personne, en ce qui a trait à sa routine d'alimentation.

JUSTIFICATION et RÉSUMÉ

Le directeur a reçu une plainte de la personne résidente et un rapport d'incident critique (RIC) concernant une altercation entre le personnel et la personne résidente parce que cette dernière était autorisée à se rendre dans la salle à manger après le service des repas.

Lors de l'inspection du RIC et de la plainte, il a été noté que le programme de soins de la personne résidente ne comportait pas de directives claires concernant sa routine d'alimentation.

Une lettre de réponse de la directrice des soins (DS) a été remise à la personne résidente pour les allégations de mauvais traitements signalés, concernant l'entrée de la personne résidente dans la salle à manger verrouillée après le service des repas. La lettre indiquait que la personne résidente devait demander l'aide du personnel si elle avait besoin d'entrer dans la salle à manger après les repas, pour des raisons de sécurité.

La DS a indiqué que la personne résidente avait obtenu le code de la salle à manger verrouillée pour sortir des objets personnels du réfrigérateur de la salle à manger. La DS a confirmé que les salles à manger sont verrouillées après le service des repas, car elles permettent d'accéder à la cuisine, ce qui présente un risque pour les résidents. La DS a confirmé que le foyer avait permis à 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 Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

d'accéder au réfrigérateur de la salle à manger pour y stocker ses aliments supplémentaires.

Le responsable du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement (Projet OSTC) a confirmé que les salles à manger étaient verrouillées lorsque les repas n'étaient pas servis. Le responsable du Projet OSTC a confirmé avoir demandé au personnel diététique, deux à trois semaines auparavant, de fournir à la personne résidente ce dont elle avait besoin pour se nourrir sur un plateau dans la salle à manger, de sorte que la personne résidente n'ait pas accès à la cuisinette. Le responsable du Projet OSTC a indiqué qu'il y avait une rupture de communication concernant la manière dont la personne résidente devait accéder à son plateau-repas dans la salle à manger. Le responsable du Projet OSTC a confirmé que le programme de soins de la personne résidente prévoyait des interventions générales, mais rien de particulier en ce qui concerne l'alimentation.

Une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) a confirmé que la personne résidente était entrée dans la salle à manger en utilisant le code, car la porte était verrouillée et qu'elle n'était pas autorisée à se trouver dans la salle à manger après le service des repas.

Une autre PSSP a confirmé que la personne résidente entrait dans la salle à manger tous les soirs, car elle avait le code, parfois pour prendre des choses ou simplement pour jeter un coup d'œil, consulter le menu et repartir. La PSSP a indiqué que la personne résidente ne devait pas se trouver dans la salle à manger lorsque la porte était verrouillée.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que le programme de soins de la personne résidente énonce des directives claires à l'intention du personnel et des autres personnes qui fournissent des soins directs à la personne résidente, en ce qui concerne la routine alimentaire de cette dernière, a réduit la capacité du personnel à diriger la personne résidente de manière appropriée.

Sources : Rapport d'incident critique, lettre de réponse du foyer à la personne résidente, dossier médical de la personne résidente et entretien avec le personnel.
[194]

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

AVIS ÉCRIT : POLITIQUE VISANT À PROMOUVOIR LA TOLÉRANCE ZÉRO

Problème de conformité n° 005 Avis écrit aux termes de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : du paragraphe 25 (1) de la *LRSLD* (2021)

Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que sa politique écrite en matière de mauvais traitements soit respectée.

JUSTIFICATION et RÉSUMÉ

L'examen de la politique du foyer visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents (enquête et conséquences) a montré que le foyer devait veiller à ce qu'une copie de la documentation et de tous les autres éléments de preuve recueillis soit conservée dans une zone sécurisée du foyer.

Un rapport d'incident critique a été soumis au directeur pour un cas de mauvais traitements entre deux résidents, et ce, devant témoins. Une personne résidente a été observée en train de faire subir de mauvais traitements à l'autre personne résidente.

Un autre RIC a été soumis au directeur pour un cas de mauvais traitement entre un membre du personnel et une personne résidente, et ce, devant témoins. La personne résidente a allégué que le personnel lui avait fait subir de mauvais traitements.

La directrice des soins (DS) a confirmé que les enquêtes internes du foyer relatives aux mauvais traitements étaient terminées et que l'un des incidents était fondé 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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

l'autre infondé. La DS n'a pas été en mesure de localiser les notes d'entretien et le reste de l'enquête sur les mauvais traitements dans le foyer pour les RIC inspectés.

Faute d'avoir veillé au respect de la politique du foyer visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements, aucune enquête interne sur les mauvais traitements n'a pu être examinée. [194]

Sources : Rapports d'incidents critiques, politique du foyer visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents (enquête et conséquences), examen du dossier d'enquête interne sur les mauvais traitements dans le foyer et entretien avec le personnel. [194]

AVIS ÉCRIT : OBLIGATION DU TITULAIRE DE PERMIS D'ENQUÊTER, DE RÉPONDRE ET D'AGIR

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

Non-respect : du paragraphe 27 (2) de la *LRSLD* (2021)

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

Paragraphe 27 (2) Le titulaire de permis présente au directeur un rapport sur les résultats de chaque enquête menée en application de l'alinéa (1) a) et sur chaque mesure prise en application de l'alinéa (1) b).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les résultats de l'enquête sur les mauvais traitements soient communiqués au directeur.

JUSTIFICATION et RÉSUMÉ

Un RIC a été soumis au directeur pour un cas de mauvais traitements entre deux résidents, et ce, devant témoins. Une personne résidente a été observée en train de faire subir de mauvais traitements à une autre personne résidente.

La DS a confirmé que le RIC n'avait pas été mis à jour avec le résultat final de l'inspection. La DS a confirmé que l'allégation de mauvais traitements était fondée.

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Le fait de ne pas veiller à ce que le directeur soit informé des résultats de l'enquête interne du foyer sur les mauvais traitements a minimisé la transparence du foyer à ce sujet.

Sources : RIC et entretien avec le personnel. [194]

AVIS ÉCRIT : ASCENSEURS

Problème de conformité n° 007 Avis écrit aux termes de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de l'article 13 du Règl. de l'Ont. 246/22

Ascenseurs

Article 13. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les ascenseurs du foyer soient équipés de façon à empêcher que les résidents aient accès aux aires dont l'accès leur est interdit.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les ascenseurs du foyer soient équipés de manière à limiter l'accès des résidents aux zones qui leur sont interdites.

JUSTIFICATION et RÉSUMÉ

Lors de la première réunion, les inspectrices ont été informées que les ascenseurs étaient codés de manière à restreindre l'accès des résidents au sous-sol du foyer.

À deux reprises, l'inspectrice n° 194 a pu accéder au sous-sol en utilisant l'ascenseur, sans entrer le code.

Le DS de l'entreprise a expliqué que si l'ascenseur était appelé depuis le sous-sol, l'ascenseur irait au sous-sol sans que le code soit nécessaire.

L'inspectrice a visité le sous-sol à plusieurs reprises et a constaté que la salle électrique avec les chaudières et l'équipement électrique, la buanderie de linges souillés et propres, la salle des extincteurs automatiques avec les matières dangereuses et les salles d'entretien avec les outils n'étaient pas verrouillées et étaient accessibles aux résidents.

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

À deux reprises, une personne résidente a été observée dans le sous-sol en l'absence de personnel.

Le fait de ne pas s'assurer que les ascenseurs du foyer sont équipés de manière à restreindre l'accès des résidents aux zones qui leur sont interdites expose ces derniers à un risque de blessure.

Sources : Visite du sous-sol, observation des ascenseurs et entretien avec le personnel. [194]

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 001 Obligation de protéger

Problème de conformité n° 008 – Ordre de conformité aux termes de la disposition 2 du paragraphe 154 (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.

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

Plus précisément, le titulaire de permis doit :

1. Effectuer des audits de tous les résultats des tests de laboratoire au deuxième étage pendant 14 jours consécutifs. Les audits seront réalisés par la directrice adjointe des soins (DAS) afin de s'assurer que le médecin a été notifié immédiatement, si nécessaire, et de documenter toute action entreprise.
2. Les audits doivent porter sur les résultats des tests de laboratoire examinés, sur l'identification des résidents et du personnel concernés et sur les mesures prises, ainsi que sur l'évaluation des résidents concernés, qui doit être consignée dans les notes d'évolution.
3. Les audits doivent être conservés et fournis aux inspecteurs ou inspectrices immédiatement sur demande.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

4. La DS et/ou la DAS de la deuxième unité doivent se réunir chaque semaine pendant sept semaines avec le physiothérapeute, l'assistant en physiothérapie et le personnel infirmier de rétablissement pour discuter de la thérapie reçue par la personne résidente au cours de la semaine, de ses progrès et de toute modification du programme de soins. Ces réunions doivent être documentées et fournies aux inspecteurs ou inspectrices immédiatement sur demande.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que deux résidents ne soient pas négligés par le titulaire de permis ou le personnel.

Selon l'article 7 du Règl. de l'Ontario 246/22, la négligence s'entend du défaut de fournir à un résident les traitements, les soins, les services ou l'aide nécessaires à sa santé, à sa sécurité ou à son bien-être. S'entend en outre d'une inaction ou d'une tendance à l'inaction qui compromet la santé, la sécurité ou le bien-être d'un ou de plusieurs résidents.

1. JUSTIFICATION et RÉSUMÉ

Une plainte a été déposée par une personne résidente concernant le manque de soins reçus pour un problème médical. Un RIC a été soumis par le foyer pour faire état d'une plainte reçue par la personne résidente et de la réponse ultérieure du foyer concernant les allégations.

Un RIC a été soumis au directeur pour signaler une plainte reçue de la part d'une personne résidente. La personne résidente a allégué qu'elle n'avait pas reçu de traitement pour son état de santé pendant un certain temps.

Les dossiers médicaux cliniques de la personne résidente ont confirmé qu'elle avait été diagnostiquée comme ayant un problème de santé.

L'infirmière autorisée (IA) a consigné dans les notes d'évolution de la personne résidente que celle-ci avait été informée qu'on lui avait diagnostiqué un problème de santé. L'IA a indiqué qu'elle attendrait d'informer le médecin lors de sa prochaine visite au foyer.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

La directrice des soins (DS) a confirmé que l'administrateur avait reçu la plainte à une date précise et qu'il devait enquêter sur le problème. La DS a indiqué qu'une IA avait reçu la confirmation de l'état de santé deux jours avant la réception de la plainte au foyer. La DS a confirmé que le médecin aurait dû être immédiatement informé.

Une autre IA a confirmé avoir reçu une plainte verbale de la part d'une personne résidente à une date précise, concernant les soins reçus dans le cadre de son état de santé. L'IA a parlé au médecin et l'a informé des résultats diagnostiques reçus au foyer deux jours plus tôt, et une ordonnance a été établie.

Le foyer a été informé de l'état de santé de la personne résidente et aucune intervention n'a été effectuée auprès de cette dernière pendant deux jours.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que la personne résidente ne soit pas négligée par le titulaire de permis ou le personnel a mis en péril sa santé, sa sécurité ou son bien-être.

Sources : Examen du RIC, du dossier médical de la personne résidente et entretien avec le personnel. [194]

2. JUSTIFICATION et RÉSUMÉ

Une plainte a été reçue par le titulaire de permis. Le mandataire spécial d'une personne résidente indique que celle-ci ne reçoit pas de services spécialisés.

Une personne résidente n'a pas reçu de services spécialisés pendant une période prolongée, conformément à son programme de soins. L'état de santé de la personne résidente s'est détérioré pendant cette période.

La non-conformité suivante a été relevée concernant la personne résidente ne recevant pas les services spécialisés prévus dans son programme de soins.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

- Avis écrit – *LRSLD*, 2021, alinéa 6 (4) b). Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les membres du personnel collaborent entre eux à la mise en œuvre du programme de soins de la personne résidente.
- Avis écrit – Règl. de l'Ont. 246/22, alinéa 65 a). Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des services spécialisés sur place soient fournis à la personne résidente en fonction de l'évaluation de ses besoins.
- Avis écrit – *LRSLD*, 2021, paragraphe 6 (9). Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, lorsque des services spécialisés n'étaient pas fournis à la personne résidente, une documentation soit établie pour l'indiquer.

La personne résidente a été négligée lorsque le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'elle reçoive des services spécialisés conformément à son programme de soins, lorsque le personnel n'a pas collaboré pour veiller à ce que la personne résidente reçoive ses services et lorsque des documents ont été falsifiés pour indiquer que la personne résidente recevait des services. Ces manquements exposent la personne résidente à un risque de détérioration physique.

Sources : RIC, dossier médical d'une personne résidente, entretien avec la DS, examen de l'enquête menée par le titulaire de permis. [571]

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 28 juin 2024

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 002 Marche à suivre relative aux plaintes — titulaires de permis

Problème de conformité n° 009 – Ordre de conformité aux termes de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de l'article 26 de la *LRSLD* (2021)

Marche à suivre relative aux plaintes — titulaires de permis

Article 26.

(1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée prend les mesures suivantes :

- a) il veille à ce que soit adoptée par écrit une marche à suivre conforme aux règlements relativement à la manière de porter plainte auprès de lui et à la façon dont il doit traiter les plaintes;

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

- b) il veille à ce que la marche à suivre écrite comprenne des renseignements sur le mode de présentation d'une plainte à l'ombudsman des patients en vertu de la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous* et au ministère;
- c) il transmet immédiatement au directeur, de la manière énoncée dans les règlements, les plaintes écrites qu'il reçoit concernant les soins fournis à un résident ou l'exploitation d'un foyer si elles sont présentées sous la forme prévue par les règlements et qu'elles sont conformes à toute autre exigence que prévoient les règlements.
- (2) Le titulaire de permis tenu de transmettre une plainte en application de l'alinéa (1) c) remet également au directeur toute autre documentation que prévoient les règlements, d'une façon conforme aux règlements.

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

1. Fournir à l'administrateur, à la DS, à la DAS identifiée, aux IA et aux IAA une formation sur le processus de traitement des plaintes du foyer. La formation de l'administrateur, de la DS et de la DAS doit être assurée par le siège social. L'équipe de direction du foyer peut alors assurer la formation du personnel infirmier identifié.
2. Élaborer et mettre en œuvre un processus visant à garantir que tous les membres du personnel infirmier et les responsables, qu'ils soient en poste ou nouvellement embauchés, soient informés du processus de traitement des plaintes au sein du foyer.
3. Organiser des réunions hebdomadaires avec une personne résidente pour discuter de ses préoccupations. Les réunions doivent se dérouler pendant sept semaines consécutives. Les réunions seront documentées, en précisant les préoccupations signalées, les renseignements discutés, les personnes présentes et les résultats, le cas échéant, des points soulevés. Les renseignements relatifs aux réunions documentées doivent être conservés et mis immédiatement à la disposition de l'inspecteur ou l'inspectrice, sur demande.
4. La directrice des soins (DS) doit vérifier le classeur de plaintes chaque semaine pendant quatre semaines pour s'assurer qu'il est conforme à la politique de conformité du foyer. Les audits doivent faire l'objet d'une documentation qui sera mise à la disposition des inspecteurs ou inspectrices sur demande.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

5. L'administrateur doit vérifier les plaintes tous les mois pendant deux mois pour s'assurer que le personnel respecte la politique du foyer en matière de plaintes et que le registre des plaintes est mis à jour. Les audits doivent faire l'objet d'une documentation qui sera mise à la disposition des inspecteurs ou inspectrices sur demande.
6. Les audits de la DS doivent indiquer les plaintes examinées, la date de la plainte, la nature de la plainte, les noms de tous les membres du personnel concernés et les mesures prises.
7. Les audits des administrateurs doivent préciser le nombre de plaintes concernées chaque mois, la date de l'examen, le suivi des mesures prises par la DS et la liste des mesures requises à la suite de l'audit.
8. Tous les audits doivent être conservés sur place pour que l'inspecteur ou l'inspectrice puisse les examiner.
9. L'administrateur assure en personne la formation donnée au conseil des résidents et aux conseils de famille sur le processus de traitement des plaintes du foyer. Le foyer doit conserver une copie des formations fournies, y compris les dates et une liste des résidents et des membres de la famille présents lors de la formation.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que sa procédure de plainte soit respectée.

JUSTIFICATION et RÉSUMÉ

Au cours de l'inspection liée aux plaintes d'une personne résidente, y compris des allégations concernant la fourniture de soins et l'administration de ses médicaments, un examen du processus de conformité du foyer a été effectué.

La politique en matière de plaintes et de service à la clientèle indique au foyer de :

- Remplir les annexes 2, 3, 4 et 5 qui décrivent les étapes de la gestion d'une plainte dans le foyer;

- Conserver tous les documents relatifs à l'enquête dans un seul dossier;

- Terminer l'enquête dans un délai de 10 jours. Si l'enquête n'est pas terminée dans les 10 jours, contactez le plaignant ou la plaignante pour lui indiquer que l'enquête est en cours et lui donner une estimation de la date de fin de l'enquête. Fournir des mises à jour régulières sur le processus jusqu'à la fin de l'enquête.

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

- Fournir une réponse écrite à la fin de l'enquête.
- Veiller à ce que l'ensemble du personnel actuel et les nouvelles recrues soient informés de la politique en matière de préoccupations et de plaintes et se conforment aux exigences relatives aux rapports.

Un formulaire de plainte a été rempli pour une allégation de négligence de soins signalée par une personne résidente. Le formulaire décrivait que la personne résidente n'était pas bien, et aucune évaluation n'a été réalisée par le personnel infirmier. L'enquête a été menée par une DAS et les membres du personnel concernés ont bénéficié d'un accompagnement et d'un mentorat.

Un autre formulaire de plainte a été rempli pour des problèmes liés à l'administration de médicaments signalés par la personne résidente. Ces allégations ont été jugées infondées par le foyer.

L'administrateur du foyer a confirmé que le personnel de première ligne et le personnel de direction n'avaient pas reçu de formation concernant le processus de traitement des plaintes. L'administrateur a confirmé que le personnel n'utilisait pas tous les formulaires indiqués dans la politique de traitement des plaintes du foyer. L'administrateur a également confirmé que le registre des plaintes avait été créé par lui-même ce jour-là et qu'il serait rempli à l'avenir.

La DS a confirmé qu'il n'y avait pas de notes d'enquête disponibles pour la plainte relative à l'administration des médicaments et que la personne résidente avait reçu une copie du formulaire de plainte à la fin de l'enquête menée par le foyer au sujet du problème.

La DAS a confirmé qu'il n'y avait pas de notes d'enquête relatives aux entretiens menés dans le cadre de l'affaire de négligence de soins. La DAS n'a pas pu confirmer si la personne résidente avait été informée des résultats de l'enquête menée par le foyer sur cette question.

La DAS a confirmé que le personnel consignait les préoccupations exprimées par les résidents dans les notes d'évolution et que, parfois, il en informait les responsables. Lorsqu'on leur a demandé si le personnel avait reçu une formation sur

Ministère des Soins de longue duréeDivision 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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

la politique de traitement des plaintes du foyer, la DAS a répondu que cette formation était en cours.

Une infirmière auxiliaire autorisée (IAA) a confirmé que lorsqu'elle recevait une plainte d'une personne résidente, elle la consignait dans les notes d'évolution et en informait le responsable. L'IAA a indiqué qu'il existait un nouveau processus de gestion des plaintes au sein du foyer, déclarant que c'était une nouveauté datant d'hier et qu'elle ne l'avait pas encore examiné.

Une IA a indiqué qu'elle ne savait pas qu'il existait un processus de plainte interne au foyer. L'IA a confirmé que, par le passé, elle consignait les plaintes dans les notes d'évolution et en informait les responsables.

Une autre IA a indiqué qu'un nouveau processus de gestion des plaintes était en cours de discussion. La semaine précédente, l'incident était consigné dans PointClickCare et le personnel infirmier contacterait le responsable, la directrice adjointe des soins (DAS) ou la DS par téléphone ou par courriel.

Le fait de ne pas veiller à ce que la politique de traitement des plaintes du foyer soit respectée, en remplissant les documents ou formulaires appropriés et en formant le personnel de première ligne et le personnel de direction, accroît le risque pour la sécurité des résidents du foyer.

Sources : Examen de la politique en matière de plaintes et de service à la clientèle du foyer, du classeur de plaintes et entretien avec le personnel. [194]

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 28 juillet 2024

**ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 003 Obligation de faire rapport
au directeur dans certains cas**

Problème de conformité n° 010 – Ordre de conformité aux termes de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de la disposition 2 du paragraphe 28 (1) 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

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

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.

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

1. Fournir une nouvelle formation sur la politique de tolérance zéro en matière de mauvais traitements pour les IA, les IAA, les PSSP, la directrice des soins (DS) et l'administrateur. La formation sur les mauvais traitements doit être assurée par le bureau de l'entreprise.
2. La formation doit comprendre la politique du foyer en matière de mauvais traitements, les rôles et responsabilités liés à la gestion des mauvais traitements pour chaque désignation, la date à laquelle la formation a été donnée, la personne qui l'a donnée et les membres du personnel qui y ont assisté.
3. Réaliser des audits hebdomadaires pendant une période de quatre semaines sur les incidents de mauvais traitements à signaler, ce qui sera fait par la DS.
4. Les audits doivent inclure le nom de la personne résidente et du personnel impliqués dans l'incident, la date de l'incident, la date à laquelle il a été signalé à la direction, ainsi que toute mesure prise.
5. La formation et les audits doivent être conservés et fournis aux inspecteurs ou inspectrices immédiatement sur demande.

Motifs

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que quiconque ayant des motifs raisonnables de soupçonner qu'une négligence s'était produite ou pourrait se produire fasse immédiatement rapport à la direction de ses soupçons et communique les renseignements sur lesquels ils sont fondés.

JUSTIFICATION et RÉSUMÉ

Au cours de l'inspection de la plainte d'une personne résidente concernant le manque de soins reçus pour un problème médical au foyer, l'inspectrice a examiné

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

un RIC soumis par le foyer pour signaler une plainte reçue par la personne résidente et la réponse subséquente du foyer concernant les allégations.

Le RIC a confirmé qu'une plainte avait été déposée par la personne résidente pour négligence dans les soins liés à son état de santé. La personne résidente a allégué qu'elle souffrait d'un problème de santé depuis une longue période et que le foyer ne faisait rien pour y remédier.

La directrice des soins (DS) a confirmé que l'administrateur avait reçu la lettre de plainte à une date précise et qu'elle allait enquêter sur le problème. La DS a confirmé que les allégations étaient infondées au cours de son enquête interne.

Le foyer a été informé que les préoccupations de la personne résidente concernaient la négligence des soins, à une date précise. Le directeur n'a été informé des allégations de négligence que quatre jours plus tard.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que le directeur soit immédiatement informé d'une allégation de négligence à l'égard d'une personne résidente expose cette dernière à un risque accru d'atteinte à sa santé.

Sources : Examen du RIC, du dossier médical de la personne résidente et entretien avec le personnel. [194]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un rapport soit soumis au directeur après qu'un membre du personnel a été témoin d'un cas de mauvais traitements infligés par un membre du personnel à une personne résidente.

JUSTIFICATION et RÉSUMÉ

L'examen des notes d'évolution d'une personne résidente a montré qu'une IAA avait été témoin d'un incident de mauvais traitements de la part d'une PSSP et qu'elle l'avait consigné dans les notes d'évolution.

Un examen du portail des foyers de soins de longue durée a révélé qu'aucun incident critique n'avait été soumis par le titulaire de permis pour cet incident.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Une IAA a indiqué que l'interaction dont elle avait été témoin entre la personne résidente et la PSSP était un mauvais traitement. L'IAA ne se souvenait pas si l'incident avait été signalé, mais a indiqué qu'il aurait dû l'être.

L'administrateur a confirmé que l'incident documenté dans les notes d'évolution de la personne résidente constituait un mauvais traitement. L'administrateur n'a pas été en mesure de confirmer si l'incident avait été signalé.

Sources : Entretien avec le personnel, examen de l'incident critique, notes d'enquête interne de foyer de soins de longue durée, notes d'évolution. [741754]

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 28 juin 2024

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 004 Substances dangereuses

Problème de conformité n° 011 – Ordre de conformité aux termes de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de l'article 97 du Règl. de l'Ont. 246/22

Substances dangereuses

Article 97. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les substances dangereuses du foyer soient étiquetées de façon appropriée et gardées hors de la portée des résidents en tout temps.

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

Plus précisément, le titulaire de permis doit :

1. Fournir une formation aux PSSP et au personnel infirmier afin de s'assurer que les substances dangereuses restent inaccessibles aux résidents à tout moment. La formation sera assurée par la DAS responsable de l'unité à laquelle le personnel est affecté.
2. Fournir des détails sur la formation, y compris le sujet couvert, en examinant en particulier les substances dangereuses utilisées dans le foyer, les zones du foyer où des substances dangereuses sont stockées et qui peuvent être accessibles aux résidents (si les portes ne sont pas fermées à clé), les dates de la formation, les personnes qui y ont assisté et celles qui l'ont assurée.

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

3. Réaliser des audits quotidiens des deuxième et troisième unités pour s'assurer que les substances dangereuses sont inaccessibles aux résidents, pendant une période de dix jours consécutifs; les audits doivent indiquer quels espaces ont été contrôlés, par qui, quel était le risque et quelles mesures ont été prises.
4. Les dossiers d'audits et de formation doivent être conservés et fournis aux inspecteurs ou inspectrices immédiatement sur demande.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que toutes les substances dangereuses présentes dans le foyer soient correctement étiquetées et ne soient pas accessibles aux résidents à tout moment.

JUSTIFICATION et RÉSUMÉ

Lors des visites du foyer, il a été observé que des substances dangereuses restaient accessibles aux résidents lorsque les salles de bains n'étaient pas verrouillées.

Une salle de bains au troisième étage a été observée comme étant ouverte et non verrouillée; une matière dangereuse s'y trouvait et était accessible aux résidents. L'affichage sur la porte indiquait qu'elle devait être verrouillée en tout temps.

Le lendemain, il a été constaté qu'une salle de bains du troisième étage était restée ouverte et non verrouillée et que les résidents avaient accès à des matières dangereuses. L'affichage sur la porte indiquait qu'elle devait être verrouillée en tout temps.

Une salle de bains située au deuxième étage a été laissée ouverte et non verrouillée, les résidents ayant accès à des matières dangereuses. L'affiche sur la porte indiquait qu'elle devait être verrouillée en tout temps.

Une PSSP a confirmé que la porte de la salle de bains devait être verrouillée et qu'elle ne l'était pas; après plusieurs tentatives, la PSSP a réussi à faire verrouiller la porte.

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Le personnel infirmier et deux PSSP ont confirmé que la porte de la salle de bains aurait dû être verrouillée.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que toutes les substances dangereuses présentes dans le foyer soient correctement étiquetées et inaccessibles aux résidents à tout moment a exposé ces derniers à un risque accru de danger.

Sources : Visite du bâtiment et entretien avec le personnel. [194]

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 28 juin 2024

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 005 Entreposage sécuritaire des médicaments

Problème de conformité n° 012 – Ordre de conformité aux termes de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : du sous-alinéa 138 (1) a) (ii) du Règl. de l'Ont. 246/22

Entreposage sécuritaire des médicaments

Paragraphe 138 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

- a) les médicaments sont entreposés dans un endroit ou un chariot à médicaments qui réunit les conditions suivantes :
 - (ii) il est sûr et verrouillé,

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

Plus précisément, le titulaire de permis doit :

1. Fournir une formation sur le stockage sûr des médicaments aux IAA identifiées. La DAS doit fournir une formation sur le stockage sûr des médicaments au personnel identifié, ainsi qu'à tout autre personnel identifié lors des audits en cours.
2. Les dossiers de formation doivent inclure les documents discutés, le personnel infirmier impliqué, la date de la formation et la personne qui l'a donnée.
3. Réaliser des audits sur chaque équipe pendant une période de dix jours consécutifs sur la deuxième et la troisième unité. Les audits doivent être réalisés par la DAS responsable de l'unité. Les audits doivent inclure des observations 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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

chariots de médicaments et des chariots de traitement dans les unités afin de s'assurer que les médicaments sont verrouillés et sécurisés à tout moment.

4. Les audits doivent indiquer l'objectif de l'audit, les dates et heures auxquelles l'audit a été réalisé, la DAS qui a réalisé les audits, le personnel et les résidents concernés, ainsi que toute mesure corrective prise en cas de non-conformité.

5. Les dossiers d'audits et de formation doivent être conservés et fournis aux inspecteurs ou inspectrices immédiatement sur demande.

Motifs

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les médicaments soient stockés dans un endroit ou un chariot de médicaments sécurisé et verrouillé.

JUSTIFICATION et RÉSUMÉ

Au cours de la visite du foyer, il a été observé que des médicaments étaient laissés sans surveillance, sur le chariot de médicaments du poste de soins, à côté de la salle de séjour remplie de résidents.

Une IAA est revenue vers le chariot plusieurs minutes plus tard, déclarant qu'elle avait été distraite et qu'elle avait oublié le médicament sur le chariot. L'IAA a confirmé que les médicaments auraient dû être conservés sous clé et en sécurité dans le chariot de médicaments.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que les médicaments des résidents soient stockés dans une zone du chariot à médicaments sécurisée et verrouillée a exposé les résidents à un risque accru d'accident.

Sources : Observation du chariot de médicaments lors de la visite du foyer, examen du dossier d'administration des médicaments de la personne résidente, entretien avec le personnel. [194]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les médicaments soient stockés dans un endroit ou un chariot de traitements sécurisé et verrouillé.

Ministère des Soins de longue duréeDivision 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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702**JUSTIFICATION et RÉSUMÉ**

Lors d'une observation au troisième étage d'une zone du foyer de résidents, le chariot de traitement a été trouvé non verrouillé près de la salle d'activité des résidents. À l'intérieur du chariot de traitement se trouvaient des pommades médicamenteuses et plusieurs objets tranchants. Des résidents ont été observés en train de déambuler à proximité dans la salle d'activités. Une IAA est retournée au chariot de traitements et a indiqué que ce dernier était censé être verrouillé lorsqu'il n'était pas surveillé par un membre du personnel infirmier. L'IAA et la DS ont indiqué que le chariot de traitements doit être verrouillé lorsqu'il n'est pas surveillé afin d'éviter tout risque de préjudice pour les résidents.

Le fait de ne pas conserver le chariot de traitements verrouillé augmente le risque de préjudice.

Sources : Observations et entretien avec le personnel. [741773]

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 28 juin 2024

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 006 Administration des médicaments

Problème de conformité n° 013 – Ordre de conformité aux termes de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRS LD* (2021).

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

Administration des médicaments

Paragraphe 140 (2) Le titulaire de permis veille à ce que les médicaments soient administrés aux résidents conformément au mode d'emploi précisé par le prescripteur. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 140 (2).

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

Plus précisément, le titulaire de permis doit :

1. Fournir une formation sur la dilution correcte d'un médicament particulier aux IAA identifiées, à la DAS et à la DS. La formation doit être assurée par le conseiller en pharmacie du foyer.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

2. La formation achevée comprendra l'examen de l'emballage du médicament concerné et des instructions relatives à l'administration et aux effets secondaires, les dates des renseignements fournis, l'identité de la personne qui a assuré la formation et le nom des membres du personnel qui ont reçu la formation.
3. Réaliser des audits à chaque quart de travail des dossiers d'administration des médicaments pendant une période de 10 jours consécutifs, pour trois résidents désignés, afin de s'assurer que tous les médicaments sont administrés conformément aux instructions. Les audits doivent être réalisés par la DAS responsable de l'unité. Les audits doivent faire l'objet d'une documentation qui sera mise à la disposition des inspecteurs ou inspectrices sur demande.
4. Effectuer quotidiennement (par l'IA lors du quart de travail le plus approprié) des audits complets des dossiers intestinaux d'une personne résidente désignée sur la documentation du point de service afin de s'assurer que les alertes relatives au protocole intestinal reflètent la documentation du point de service pendant une période de 14 jours consécutifs. Les audits doivent faire l'objet d'une documentation qui sera mise à la disposition des inspecteurs ou inspectrices sur demande.
5. Les audits réalisés doivent inclure le nom de la personne résidente, la date de l'audit, les dossiers électroniques d'administration des médicaments, les alertes relevées, le membre du personnel impliqué dans les dossiers électroniques d'administration des médicaments, la personne qui a réalisé l'audit, les erreurs constatées et les mesures correctives prises.
5. Sensibiliser le personnel infirmier à ne pas annuler les alertes des dossiers électroniques d'administration des médicaments, de PointClickCare ou du point de service, à moins qu'elles ne soient prises en compte et, si elles ne le sont pas, le personnel doit en documenter la raison. La formation doit être réalisée par la DAS responsable de l'unité désignée.
6. La formation achevée comprendra une documentation sur les pratiques du foyer concernant la gestion des alertes dans le dossier pharmaceutique, les dates des renseignements fournis, la personne qui a donné la formation et le nom du membre du personnel qui a reçu la formation.
7. Les dossiers de formation réalisée doivent être conservés et fournis à l'inspecteur ou l'inspectrice immédiatement sur demande.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Motifs

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les médicaments de la personne résidente soient administrés conformément à l'ordonnance du fournisseur.

JUSTIFICATION et RÉSUMÉ

L'examen des ordonnances du médecin de la personne résidente a confirmé l'ordonnance pour un médicament particulier.

L'emballage d'un médicament donné contient des modes d'emploi d'administration précis.

L'IA a confirmé que les médicaments mentionnés devaient être administrés selon des modes d'emploi précis. L'IA a indiqué que la personne résidente avait déclaré que les infirmières lui avaient donné le médicament de façon incorrecte.

La DS a indiqué que la personne résidente avait fait part d'une préoccupation concernant l'administration d'un médicament particulier. La DS a indiqué que le mode d'emploi n'était pas clair sur l'ordonnance. La DS s'est entretenue avec le personnel concerné, qui a indiqué qu'il n'y avait pas de mode d'emploi clair. La DS a confirmé que l'IA avait administré les deux premières doses du médicament de manière incorrecte.

Le fait de ne pas veiller à ce que les médicaments soient administrés conformément à l'ordonnance du fournisseur a augmenté le risque d'effets secondaires pour la personne résidente.

Sources : Examen du dossier médical de la personne résidente, de l'emballage du médicament et entretien avec le personnel. [194]

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

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

JUSTIFICATION et RÉSUMÉ

Un rapport d'audit sur les médicaments a été généré et indique que trois résidents n'ont pas reçu de médicaments à une date et une heure précises.

Les notes d'évolution de chacun des résidents ont été examinées et n'indiquaient pas pourquoi ces résidents n'avaient pas pris leurs médicaments.

La DS a indiqué que le processus du foyer de soins de longue durée consistait à consigner dans les notes d'évolution des résidents les cas où ceux-ci ne recevaient pas leurs médicaments ou les recevaient en retard.

L'absence d'administration de médicaments à trois résidents n'a pas favorisé leur santé et leur bien-être.

Sources : Rapport d'audit des médicaments, notes d'évolution des résidents et entretien avec le personnel. [741773]

3. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le protocole intestinal d'une personne résidente soit administré conformément à l'ordonnance.

JUSTIFICATION et RÉSUMÉ

Une personne résidente n'est pas allée à la selle depuis plusieurs jours. Conformément à l'ordonnance du médecin, une routine intestinale devait être suivie. La personne résidente n'a pas été soumise à la routine intestinale pendant plusieurs jours.

L'IAA a indiqué qu'une alerte n'avait pas été générée ou qu'elle avait été annulée dans le système, de sorte qu'elle n'a été alertée que lorsque la personne résidente n'est pas allée à la selle pendant un certain nombre de jours.

Le titulaire de permis a exposé la personne résidente à un risque de détérioration de son état de santé et d'inconfort lorsqu'il n'a pas respecté le protocole intestinal prescrit par le médecin.

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Sources : dossiers médicaux de la personne résidente, entretien avec le personnel.
[571]

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 28 juin 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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

RENSEIGNEMENTS SUR LA RÉVISION/L'APPEL

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

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

La demande écrite de révision doit comprendre :

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

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

Directeur

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

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Si la signification se fait :

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

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

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

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

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

Commission d'appel et de révision des services de santé

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

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

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

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.