

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 modifié
Page couverture (M1)**

Date d'émission du rapport modifié :	
Date d'émission du rapport initial : 7 juin 2024	
Numéro d'inspection : 2024-1335-0002 (M1)	
Type d'inspection : Plainte Incident critique	
Titulaire de permis : Axiom Extendicare LTC II LP, par ses commandités Extendicare LTC Managing II GP Inc. et Axiom Extendicare LTC II GP Inc.	
Foyer de soins de longue durée et ville : Fenelon Court, Fenelon Falls	
Modifié par Nicole Jarvis (741831)	Signature numérique de l'inspectrice qui a modifié le rapport

RÉSUMÉ D'INSPECTION MODIFIÉ

Ce rapport a été modifié pour corriger le numéro de la personne résidente dans les conditions de l'ordre de conformité (OC) n° 006 et pour corriger un numéro de personne résidente dans les motifs de l'OC n° 001.

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 modifié (M1)

Date d'émission du rapport modifié :	
Date d'émission du rapport initial : 7 juin 2024	
Numéro d'inspection : 2024-1335-0002 (M1)	
Type d'inspection : Plainte Incident critique	
Titulaire de permis : Axiom Extendicare LTC II LP, par ses commandités Extendicare LTC Managing II GP Inc. et Axiom Extendicare LTC II GP Inc.	
Foyer de soins de longue durée et ville : Fenelon Court, Fenelon Falls	
Inspecteur principal Nicole Jarvis (741831)	Autre inspectrice Sharon Connell (741721)
Modifié par Nicole Jarvis (741831)	Signature numérique de l'inspectrice qui a modifié le rapport

RÉSUMÉ D'INSPECTION MODIFIÉ

Ce rapport a été modifié pour corriger le numéro de la personne résidente dans les conditions de l'ordre de conformité (OC) n° 006 et pour corriger un numéro de personne résidente dans les motifs de l'OC n° 001.

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

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 12 au 15, les 18, 19, 21, 22 et du 25 au 28 mars ainsi que les 3 et 4 avril 2024

L'inspection a eu lieu à l'extérieur aux dates suivantes : le 5 avril 2024

L'inspection concernait :

- Registre n° 00094660 – plainte en lien avec de la négligence du personnel envers une personne résidente, la documentation et la production de rapports;
- Registre n° 00096868, n° 00096875, n° 00103198 – plaintes en lien avec de la négligence du personnel envers une personne résidente et la documentation;
- Registre n° 00100636, n° 00105794, n° 00106038 – plaintes en lien avec de la négligence et des comportements réactifs;
- Registre n° 00102982 – en lien avec la chute d'une personne résidente;
- Registre n° 00105563, n° 00005779 et n° 00105632 – en lien avec la gestion de la douleur et à la négligence du personnel envers la personne résidente.
- Registre n° 00109381 et n° 00109719 – mauvais traitements d'ordre physique
- Registre n° 00110862 et n° 00112920 – plainte en lien avec de mauvais traitements d'ordre physique entre personnes résidentes.

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

Gestion des médicaments
Foyer sûr et sécuritaire
Amélioration de la qualité
Gestion de la douleur
Prévention et gestion des chutes
Gestion des contentions/appareils d'aide personnelle
Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
Prévention et gestion relatives aux soins de la peau et des plaies
Soins liés à l'incontinence
Prévention et contrôle des infections
Comportements réactifs
Prévention des mauvais traitements et de la négligence
Rapports et 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

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

Problème de conformité corrigé

Un **problème de conformité** a été constaté lors de cette inspection et a été **corrigé** par le titulaire de permis avant la fin de l'inspection. L'inspectrice a estimé que la non-conformité répondait à l'intention du paragraphe 154 (2) et ne nécessitait pas d'action supplémentaire.

Problème de conformité n° 001 Corrigé en vertu du paragraphe 154 (2) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de l'alinéa 26 (1) c) de la *LRSLD* (2021)

Marche à suivre relative aux plaintes — titulaires de permis

Paragraphe 26 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée prend les mesures suivantes :

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.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à transmettre immédiatement au directeur toute plainte écrite.

Justification et résumé

Une plainte écrite a été soumise au titulaire de permis.

Cette plainte exprimait des préoccupations concernant le fonctionnement du foyer.

La directrice générale a répondu à la plainte en indiquant que la préoccupation écrite avait été transmise au ministère des Soins de longue durée.

Lorsque l'inspectrice a demandé le rapport d'incident critique (RIC) à la directrice générale, celle-ci a transmis un courriel montrant ses efforts pour résoudre le problème avec le directeur. La directrice générale a précisé que le bureau de soutien ne l'avait pas rappelée. La plainte écrite a été transmise au directeur le dernier jour de l'inspection sur place.

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 défaut d'informer immédiatement le directeur de la plainte écrite n'a eu aucune répercussion directe sur la personne résidente.

Sources : Entretien avec l'auteur de la plainte et le personnel. [741831]

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : 4 avril 2024

Problème de conformité n° 002 Corrigé en vertu du paragraphe 154 (2) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de la disposition 1 du paragraphe 356 (3) du Règl. de l'Ontario 246/22

Construction et rénovation de foyers

Paragraphe 356 (3) Le titulaire de permis ne peut pas commencer les travaux suivants sans avoir préalablement obtenu l'approbation du directeur :

1. Les transformations, les agrandissements ou les rénovations du foyer.

Un problème de conformité a été constaté lors de cette inspection et a été corrigé par le titulaire de permis avant la fin de l'inspection. L'inspectrice a estimé que la non-conformité répondait à l'intention du paragraphe 154 (2) et ne nécessitait pas d'action supplémentaire.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à obtenir l'approbation du directeur pour transformer les espaces réservés aux personnes résidentes du foyer en locaux d'entreposage d'équipement et en salles du personnel.

Justification et résumé

Lors de la visite initiale du foyer, les inspectrices ont constaté que le salon C120 de l'unité Cameron, la salle de relaxation de l'unité Balsam et le salon de l'unité Sturgeon avaient été transformés en aires de repos pour le personnel. Elles ont aussi remarqué la présence d'effets personnels et de nourriture dans ces pièces non verrouillées.

Le plan d'étage du foyer a confirmé que ces espaces, initialement prévus comme des salons et des pièces de relaxation pour les personnes résidentes, étaient utilisés par le personnel pour se reposer et pour entreposer du matériel dans les trois unités.

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

Lors d'une visite suivante de l'unité Balsam, le salon près du poste de soins infirmiers (qui servait d'aire d'entreposage d'équipement lors de la première visite) a été vidé de son équipement, et deux personnes résidentes y étaient assises dans leur fauteuil roulant.

Toutes les aires qui avaient été utilisées comme salles de repos pour le personnel et pour l'entreposage d'équipement avaient été reconverties en espaces réservés aux personnes résidentes lors de l'inspection sur place.

Une infirmière autorisée (IA) a confirmé que la salle de relaxation de l'unité Balsam avait précédemment servi pour les évaluations et les traitements des personnes résidentes. Pendant la pandémie de COVID-19, elle avait temporairement été utilisée comme salle du personnel à des fins de regroupement, et que cette utilisation s'était maintenue depuis.

La directrice générale n'était pas au courant de l'existence d'une lettre d'approbation de Capital Development autorisant le remplacement des espaces réservés aux personnes résidentes par des salles de repos pour le personnel et des aires d'entreposage. Elle a confirmé que le foyer était en train de réaménager les pièces des trois unités pour les réserver à nouveau aux personnes résidentes.

En ne veillant pas à obtenir l'approbation du directeur pour modifier les espaces réservés aux personnes résidentes en aires d'entreposage d'équipement et en salles de repos pour le personnel, le titulaire de permis a nui à la qualité de vie des personnes résidentes en réduisant leur espace de vie en dehors de leur chambre à coucher.

Sources : Observations lors de la visite des sections du foyer, plan d'étage, entretiens avec le personnel. [741721]

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : 26 mars 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

AVIS ÉCRIT : Intégration des évaluations aux soins

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

Non-respect : de l'alinéa 6 (4) a) de la *LRSLD* (2021)

Programme de soins

Paragraphe 6 (4) Le titulaire de permis veille à ce que le personnel et les autres personnes qui participent aux différents aspects des soins du résident collaborent ensemble à ce qui suit :

a) l'évaluation du résident de sorte que leurs évaluations s'intègrent les unes aux autres, soient compatibles les unes avec les autres et se complètent;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel et les autres personnes qui participent aux différents aspects des soins du résident collaborent à l'évaluation de la personne résidente de sorte que leurs évaluations s'intègrent les unes aux autres, soient compatibles les unes avec les autres et se complètent.

Justification et résumé

Une plainte écrite concernant une personne résidente qui présentait des symptômes de douleur non traités a été soumise au directeur et au titulaire de permis. La plainte faisait état de l'absence de traitement approprié pour cette personne.

Lors d'un entretien, l'auteur de la plainte a expliqué que la personne résidente avait une très grande tolérance à la douleur et qu'elle souffrait depuis de nombreuses années. Cependant, il s'agissait d'une nouvelle réaction à la douleur. Il a précisé qu'il avait fallu un certain temps avant qu'une mesure d'intervention soit mise en œuvre pour aider à gérer la douleur de la personne résidente.

La plainte écrite mentionnait que le médecin ne suivait pas les protocoles acceptés pour la gestion de la douleur et qu'aucune intervention non pharmaceutique, comme l'application d'une serviette tiède, n'avait été tentée.

Un examen de l'échelle de la douleur a été lieu pendant la période en question, durant laquelle la personne résidente a ressenti une douleur non gérée à 13 dates différentes.

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'examen des dossiers cliniques a révélé que le médecin avait été contacté et avait prescrit un traitement 27 jours après les dates initiales concernées. Une nouvelle ordonnance de médicaments pour la gestion de la douleur a été prescrite à la personne résidente, avec une posologie prévue de quatre prises par jour. Il n'a pas été mentionné que l'infirmière praticienne (IP) ou le médecin avaient été consultés préalablement.

La directrice des soins a mentionné que le directeur médical ou le médecin de premier recours du foyer de soins de longue durée était disponible pendant les heures d'ouverture du lundi au vendredi et se rendait au foyer une fois par semaine. En dehors de ces heures et la fin de semaine, une rotation de médecins de garde était assurée. Le foyer de soins de longue durée avait également accès à une IP communautaire, au besoin.

Selon une note d'évolution, la personne résidente a demandé de l'aide en raison de maux de dos et l'infirmière lui a administré des analgésiques à trois reprises pendant le quart de jour. La note mentionnait également que sa famille était présente et avait filmé la personne résidente alors qu'elle souffrait. Il était noté que la douleur de la personne était évaluée à 8 sur 10.

La politique du titulaire de permis précisait ce qui suit : [traduction] « Avis : Médecin/IP : En cas d'échec des interventions ou si la personne résidente signale une douleur constante ou une nouvelle douleur soudaine, veuillez contacter le médecin, l'IP et l'équipe interdisciplinaire selon les besoins. »

En ne veillant pas à ce que le personnel et les autres personnes participant aux différents aspects des soins collaborent à l'évaluation de la douleur d'une personne résidente, qu'elle soit nouvelle ou qu'elle s'aggrave, en avisant plus particulièrement le médecin, le titulaire de permis a exposé la personne résidente à un risque de complications médicales liées à un retard de diagnostic et de traitement.

Sources : RIC, dossiers cliniques des personnes résidentes, politique en matière d'évaluation et de gestion de la douleur, entretiens. [741831]

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 : Obligation du titulaire de permis de se conformer au programme

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

Non-respect : du paragraphe 6 (7) de la *LRSLD* (2021)

Programme de soins

Paragraphe 6 (7) Le titulaire de permis veille à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis au résident, tel que le précise le programme.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis à une personne résidente.

Justification et résumé

Le directeur a reçu un RIC décrivant un incident entre personnes résidentes. Des préoccupations ont été exprimées quant au fait que la victime n'avait pas reçu les soins nécessaires pour assurer sa sécurité, comme le prévoyait le programme de soins de la personne résidente après l'incident.

La directrice des soins a mentionné qu'il y avait eu deux cas où les mesures de sécurité n'avaient pas été mises en place, conformément aux exigences du programme de soins.

En ne veillant pas à ce que les soins prévus dans le programme soient fournis à la personne résidente, le titulaire de permis a exposé celle-ci à un risque de préjudice physique et émotionnel.

Sources : RIC, entretiens. [741831]

AVIS ÉCRIT : Documentation

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

Non-respect : de la disposition 2 du paragraphe 6 (9) de la *LRSLD* (2021)

Programme de soins

Paragraphe 6 (9) Le titulaire de permis veille à ce que les éléments suivants soient documentés :

2. Les résultats des soins prévus dans le 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

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les résultats des soins prévus dans le programme de soins d'une personne résidente soient documentés.

Justification et résumé

Le directeur a reçu une plainte indiquant qu'une personne résidente n'avait pas reçu de bain à deux reprises, malgré ce que les documents du personnel semblaient indiquer. La préoccupation a également été communiquée par courriel au premier vice-président de LTC Extendicare.

Selon le dossier de documentation dans l'application Point of Care (POC), la personne résidente avait reçu un bain et ses cheveux avaient été lavés à ce moment-là. L'enquête menée par le titulaire de permis a révélé que la personne résidente n'avait pas reçu de bain.

Lors d'un examen des dossiers en cours, il a été constaté que trois cas distincts présentaient des documents vierges. Lors d'un entretien, la directrice des soins a expliqué que chaque bain devait être consigné dans le dossier des tâches dans l'application Point of Care une fois terminé.

En ne veillant pas à ce que la prestation des soins prévus dans le programme de soins de la personne résidente soit documentée, la personne résidente a été exposée à des résultats inexacts ou inconnus de la prestation des soins.

Sources : Dossiers cliniques d'une personne résidente, entretien avec le personnel.
[741831]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les résultats des soins prévus dans le programme de soins d'une personne résidente soient documentés.

Justification et résumé

Le directeur a reçu un RIC décrivant un incident entre personnes résidentes.

Le programme de soins de la personne résidente mentionnait qu'elle présentait des comportements réactifs, notamment dans d'autres sections accessibles aux personnes résidentes.

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

Les dossiers de soins d'incontinence indiquaient que le personnel était de charger de vérifier et d'offrir des services de toilette à la personne résidente. Les dossiers de soins concernant l'utilisation des toilettes ont été examinés.

Les notes d'enquête ou les dossiers de soins ne précisait pas exactement à quel moment la personne résidente avait reçu des soins d'incontinence avant l'incident. Cette information n'a pas été incluse dans l'enquête menée par le foyer de soins de longue durée, et le personnel qui s'occupait de la personne résidente n'a pas été interrogé lors pendant l'enquête immédiate.

En ne veillant pas à ce que les résultats des soins prévus dans le programme de soins d'une personne résidente soient documentés avec exactitude, cela a exposé la personne résidente à un risque de renseignements inexacts en vue de l'évaluation et de la mise en œuvre d'interventions efficaces.

Sources : RIC, dossiers cliniques de la personne résidente. [741831]

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

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

Non-respect : du sous-alinéa 27 (1) a) (ii) de la *LRSLD* (2021)

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

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

- a) les incidents suivants qui sont présumés, soupçonnés ou observés et dont il a connaissance ou qui lui sont signalés font l'objet d'une enquête immédiate :
 - (ii) la négligence envers un résident de sa part ou de la part du personnel,

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que chaque incident de négligence envers une personne résidente qui soit présumé, soupçonné ou observé fasse l'objet d'une enquête immédiate.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce qu'un incident de négligence qui lui est signalé fasse l'objet d'une enquête et soit respecté.

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

Plus précisément, le titulaire de permis ne s'est pas conformé à sa trousse d'outils d'enquête sur les cas de mauvais traitements ou de négligence.

Justification et résumé

Une préoccupation concernant les symptômes de douleur non traités d'une personne résidente a été soumise au directeur et au titulaire de permis. La plainte écrite indiquait une absence de traitement approprié pour la personne résidente.

Le dossier d'enquête du titulaire de permis a été examiné. Les résultats de l'enquête ne sont pas clairs.

La boîte à outils du titulaire de permis pour mener une enquête sur des soupçons de mauvais traitements ou de négligence comprend les douze étapes d'une enquête interne.

Étape 1 : Évaluer la personne résidente – Soins et sécurité

Étape 2 : Rassembler les preuves et dresser un plan d'enquête

Étape 3 : Documenter l'incident

Étape 4 : Notification

Étape 5 : Mener des entretiens

Étape 6 : Identifier et interroger tout autre témoin potentiel

Étape 7 : Recueillir les antécédents cliniques et faire un examen de la situation

Étape 8 : Examiner la documentation

Étape 9 : Faire un nouvel entretien (si nécessaire)

Étape 10 : Analyse

Étape 11 : Prendre une décision et préparer un rapport final

Étape 12 : Communiquer et rapporter les conclusions et faire le suivi.

Lors d'un entretien, la directrice de soins n'a pas pu expliquer l'enquête menée par le foyer de soins de longue durée ni ses résultats. Dans un courriel de suivi, elle a fourni des informations supplémentaires en affirmant que, selon l'évaluation effectuée, la douleur de la personne résidente avait été gérée conformément aux échelles de douleur utilisées.

Il n'y avait aucune indication que d'autres preuves aient été recueillies lors de l'enquête, notamment des entrevues avec des personnes présentes ou qui auraient

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

pu être témoins de l'incident. La directrice générale a déclaré qu'il n'y avait pas d'autres dossiers d'entretiens dans la trousse d'enquête interne.

Le défaut de se conformer à la trousse d'outils d'enquête sur les cas de mauvais traitements et de négligence du titulaire de permis et de mener une enquête approfondie, la personne résidente a été exposée à un risque de préjudice non identifié.

Sources : RIC, trousse d'outils d'enquête sur les cas de mauvais traitements et de négligence et entretien. [741831]

AVIS ÉCRIT : Portes dans le foyer

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

Non-respect : de la disposition 3 du paragraphe 12 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Portes dans le foyer

Paragraphe 12 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au respect des règles suivantes :

3. Toutes les portes donnant sur les aires non résidentielles doivent être dotées de verrous pour empêcher leur accès non supervisé par les résidents. Elles doivent être gardées fermées et verrouillées quand elles ne sont pas supervisées par le personnel.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la porte menant à une salle de repos du personnel (situé dans une zone du foyer des résidents) soit dotée d'un verrou pour empêcher son accès non autorisé par les personnes résidentes et à ce que les portes donnant sur toutes les salles de repos du personnel soient gardées fermées et verrouillées quand elles ne sont pas supervisées par le personnel.

Justification et résumé

Lors de la visite initiale des secteurs de soins aux personnes résidentes, les portes des salons des unités Cameron et Sturgeon ainsi que celle de la salle de relaxation de l'unité Balsam étaient déverrouillées et accessibles aux personnes résidentes, bien que le foyer les utilisait comme salles de repos pour le personnel. Des effets personnels comme des sacs à dos, des sacs, des contenants de boissons, des chaussures, des vêtements d'extérieur et de la nourriture ont été observés dans ces

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

pièces. Une affiche placée sur toutes les portes demandait expressément au personnel de les garder verrouillées en permanence.

Dans une section accessible aux personnes résidentes, la porte d'un bureau était grande ouverte alors que plusieurs personnes résidentes étaient à proximité. Aucun membre du personnel n'était présent dans la pièce ou à proximité. Sur le bureau se trouvaient un sac de mélange montagnard et d'autres objets appartenant au personnel, comme un sac à lunch. Un récipient similaire à un contenant pour objets tranchants était visible sur le comptoir derrière le bureau.

Lorsque l'inspectrice a demandé à voir l'intérieur de la salle de relaxation de l'unité Balsam, un membre du personnel autorisé a déverrouillé la porte ce jour-là. Conformément à l'affiche sur la porte, celle-ci était fermée à clé, et la pièce avait été vidée de tous les objets appartenant au personnel. À la fin de la visite dans toutes les aires réservées aux personnes résidentes ce jour-là, les pièces qui avaient récemment servi de salles de repos pour le personnel et d'aires d'entreposage avaient été réaménagées en espaces réservés aux personnes résidentes.

Lors de la visite initiale de l'unité, un membre du personnel autorisé a confirmé que la salle de repos du personnel de l'unité Balsam, située dans la pièce de relaxation, aurait dû être verrouillée. Il a remarqué qu'il était facile d'ouvrir la porte sans nécessiter de clé.

Lorsque la directrice générale a été informée que les salles de repos du personnel étaient constamment déverrouillées, elle a expliqué qu'un serrurier serait appelé le lendemain pour réparer la serrure de la porte d'une salle de repos. Elle a confirmé que toutes les pièces doivent être verrouillées parce qu'elles contenaient des objets appartenant au personnel.

En omettant de veiller à ce que la porte menant à une salle de repos du personnel dans une section accessible aux personnes résidentes soit dotée d'un verrou pour empêcher l'accès non autorisé par les personnes résidentes et à ce que les portes donnant sur toutes les salles de repos du personnel soient gardées fermées et verrouillées quand elles ne sont pas supervisées par le personnel, le titulaire de permis a exposé les personnes résidentes souffrant de troubles cognitifs à un risque de lésions corporelles.

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 : Observations des salles de repos et des bureaux du personnel, entretien avec le personnel. [741721]

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité n° 008 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

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

Programme de soins

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

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé, à tout le moins, à ce qu'une évaluation interdisciplinaire soit effectuée pour déterminer les humeurs et comportements habituels, notamment les comportements réactifs qui ont été relevés et tout comportement déclencheur éventuel, pour le programme de soins d'une personne résidente.

Justification et résumé

Le directeur a reçu un RIC décrivant un incident entre personnes résidentes.

Un examen du dossier clinique de la personne résidente a été effectué.

Les notes d'évolution clinique mentionnaient des incidents où la personne résidente avait manifesté un comportement réactif envers le personnel et une autre personne résidente. Certaines notes d'évolution mentionnaient que la personne avait de plus en plus de comportements réactifs.

Une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) a mentionné que la personne résidente avait souvent un comportement réactif lorsque le personnel ou un membre de la famille lui prodiguait des soins.

Le programme de soins ne comprenait aucun comportement identifié ou déclencheur potentiel.

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 PSSP pensait que les comportements réactifs de la personne résidente pourraient avoir déclenché l'incident.

Lors de l'examen du programme de soins, il n'y avait aucune mention de comportements identifiés ou de déclencheurs potentiels. Depuis l'incident, aucun comportement ou déclencheur potentiel n'a été ajouté dans le programme de soins. Le programme de soins ne mentionnait pas de risque de préjudice pour la personne résidente lorsqu'elle avait des comportements réactifs.

Les documents d'admission clinique en santé mentale de la personne résidente indiquaient que la personne résidente avait des hallucinations sensorielles. Le nouveau responsable du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement (OSTC) n'était pas au courant. Il n'y avait aucune indication d'une évaluation plus poussée de la personne résidente ou d'un risque d'hallucinations sensorielles.

En ne veillant pas, à tout le moins, à ce que l'évaluation interdisciplinaire soit effectuée pour déterminer les humeurs et comportements habituels, notamment les comportements réactifs qui ont été relevés et tout comportement déclencheur éventuel, pour le programme de soins d'une personne résidente, le titulaire de permis a exposé la personne résidente à un risque de lésions corporelles.

Sources : RIC, dossiers cliniques de la personne résidente, entretiens. [741831]

AVIS ÉCRIT : Bain

Problème de conformité n° 009 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRS LD* (2021).

Non-respect : Paragraphe 37 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Bain

Paragraphe 37 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque résident du foyer prenne un bain au moins deux fois par semaine en utilisant la méthode de son choix ou plus souvent compte tenu de ses besoins en matière d'hygiène, sauf si la chose est contre-indiquée en raison d'un état pathologique.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente prenne un bain au moins deux fois par semaine en utilisant la méthode de son choix.

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

Le directeur a reçu une plainte indiquant qu'une personne résidente n'avait pas reçu de bain à deux reprises, malgré ce que les documents du personnel semblaient indiquer. La préoccupation a également été soumise par courriel au premier vice-président de Long-Term Care Extendicare.

Selon le dossier de documentation dans l'application Point of Care (POC), la personne résidente avait reçu un bain et ses cheveux avaient été lavés un jour donné. Un autre jour, la documentation mentionnait que la personne résidente avait reçu un bain au lit le matin, suivi d'un autre bain le soir.

L'enquête menée par le titulaire de permis a révélé que la personne résidente n'avait pas reçu de bain complet, mais des soins dans sa chambre à coucher à la première occasion. Le titulaire de permis a indiqué qu'il manquait de personnel, mais que la personne résidente avait reçu des soins dans sa chambre. Le directeur régional des opérations d'Extendicare a affirmé que la résolution était la suivante : « Il a informé le personnel que cette pratique n'était pas acceptable. À l'avenir, en cas de sous-effectif un jour donné, il trouvera une solution avec l'équipe de gestion du foyer. »

Lors d'un examen des dossiers en cours, il a été constaté que les dossiers de bain étaient vides à trois dates précises. Lors d'un entretien, la directrice des soins a expliqué que chaque bain devait être consigné dans le dossier des tâches dans l'application Point of Care une fois terminé.

À la suite d'une enquête interne menée par la directrice générale, celle-ci a indiqué qu'après avoir examiné les séquences vidéo à une date précise, rien n'indiquait qu'un bain avait été donné.

En ne veillant pas à ce qu'une personne résidente prenne un bain au moins deux fois par semaine en utilisant la méthode de son choix, cela a exposé la personne résidente à un risque de lésions corporelles, y compris une altération épidermique.

Sources : RIC, dossiers cliniques de la personne résidente, entretien avec le personnel. [741831]

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 : Techniques de transfert et de changement de position

Problème de conformité n° 010 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de l'article 40 du Règl. de l'Ont. 246/22

Techniques de transfert et de changement de position

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel utilise des appareils ou des techniques de transfert et de changement de position sécuritaires lorsqu'il a aidé une personne résidente dont le fauteuil roulant n'était pas équipé de pédales.

Justification et résumé

Une personne résidente a été observée assise dans un fauteuil roulant inclinable, dans une salle de télévision sombre. Ses pieds et ses jambes pendaient dans les airs, car il n'y avait pas de pédales pour les soutenir. L'infirmière auxiliaire autorisée (IAA) responsable du Projet OSTC est entrée dans la salle et a expliqué que le personnel lui avait signalé un risque de blessure lié aux pédales ce matin-là, et qu'elle n'avait pas remarqué que les pédales avaient été retirées. Après avoir confirmé qu'un aiguillage en physiothérapie était nécessaire, elle est sortie de la pièce puis elle est revenue avec des pédales et un oreiller.

La coordonnatrice de la prévention et du contrôle des infections (PCI) a souligné qu'il n'était pas acceptable que le fauteuil roulant de cette personne résidente ne soit pas équipé de pédales pour soutenir ses pieds.

Le physiothérapeute a reconnu qu'il était attendu qu'un fauteuil roulant à inclinaison soit toujours muni de pédales lorsqu'il est en position inclinée, afin de prévenir une pression supplémentaire sur les jambes de la personne résidente.

En ne veillant pas à ce que le personnel utilise des appareils ou des techniques de transfert et de changement de position sécuritaires lorsqu'il aide des personnes résidentes, le titulaire de permis a exposé la personne résidente à un risque d'inconfort et de complications médicales potentielles en raison de la pression supplémentaire exercée sur ses jambes.

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 : Observation de la personne résidente, entretiens avec le personnel.
[741721]

AVIS ÉCRIT : Programmes obligatoires

Problème de conformité n° 011 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de la disposition 4 du paragraphe 53 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22
Programmes obligatoires

Paragraphe 53 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soient élaborés et mis en œuvre au foyer les programmes interdisciplinaires suivants :

4. Un programme de gestion de la douleur visant à déceler la douleur chez les résidents et à la gérer. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 53 (1); Règl. de l'Ont. 66/23, art. 10.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à la mise en œuvre au foyer d'un programme de gestion de la douleur visant à déceler la douleur chez une personne résidente et à la gérer.

Justification et résumé

Une plainte écrite a été soumise au directeur et au titulaire de permis au sujet des symptômes de douleur non traités de la personne résidente. La plainte faisait état de l'absence de traitement approprié pour une personne résidente.

Lors d'un entretien, l'auteur de la plainte a expliqué que la personne résidente avait une très grande tolérance à la douleur et qu'elle souffrait depuis de nombreuses années. Cependant, cette réaction à la douleur était très différente et nouvelle. Il a précisé qu'il avait fallu un mois avant qu'une mesure d'intervention soit mise en œuvre pour aider à gérer la douleur de la personne résidente.

La personne résidente a reçu une ordonnance de médicaments pour la gestion de la douleur 27 jours après les dates en question.

La politique du titulaire de permis en matière d'évaluation de la douleur et de gestion des symptômes comprenait des procédures de dépistage, de surveillance, d'évaluation, de notification et de documentation.

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

Selon la politique, un outil de surveillance devait être utilisé lorsqu'une douleur était détectée pendant le dépistage.

La directrice des soins a précisé qu'une évaluation de la douleur devait être effectuée après l'utilisation de l'outil de surveillance sur une période de 72 heures.

Lors de l'examen du dossier d'une personne résidente, il a été noté que la dernière évaluation de la douleur remontait à près de deux ans.

Aucune trace n'a été trouvée d'un outil de surveillance de la douleur sur 72 heures lorsque la personne résidente a signalé une aggravation de sa douleur, lorsqu'un nouvel analgésique lui a été administré ou lorsque des médicaments antidouleur à prendre au besoin ont été utilisés pendant trois jours consécutifs.

En ne veillant pas à ce que le programme de gestion de la douleur visant à déceler la douleur chez les personnes résidentes et à la gérer, la personne résidente a été exposée à des blessures physiques en raison d'une douleur non gérée.

Sources : RIC, dossiers cliniques des personnes résidentes, politique en matière d'évaluation et de gestion de la douleur, entretien. [741831]

AVIS ÉCRIT : Peau et plaies

Problème de conformité n° 012 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : Disposition 3 du paragraphe 55 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Soins de la peau et des plaies

Paragraphe 55 (1) Le programme de soins de la peau et des plaies doit au minimum prévoir ce qui suit :

3. Des stratégies pour le transfert et les changements de position de résidents de façon à réduire et à prévenir les ruptures de l'épiderme et à réduire et à éliminer la pression, notamment grâce à l'utilisation d'équipement, de fournitures, d'appareils et d'aides pour changer de position.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel utilise des stratégies de façon à réduire et à prévenir les ruptures de l'épiderme et à réduire et à éliminer la pression, notamment grâce à l'utilisation d'équipement, de fournitures, d'appareils et d'aides pour changer de position.

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

À plusieurs reprises, il a été constaté qu'une personne résidente avait une sangle mécanique sous son fauteuil roulant.

Le programme de soins actuel de la personne résidente indiquait que sa peau était très fragile. Rien n'indiquait que la sangle devait être maintenue sous la personne résidente pendant qu'elle était en fauteuil roulant.

Les instructions de sécurité du fabricant indiquaient que les patients étaient exposés à un risque accru de plaies de pression en raison des pressions d'interface élevées et concentrées. Selon ces instructions, si la décision est prise de laisser le patient assis sur la sangle pendant un certain temps entre les transferts, un programme de soins approprié doit être établi. Ce programme devrait inclure des examens cutanés réguliers, en accordant une attention particulière aux points de pression, ainsi que des intervalles fréquents de repositionnement. Ces actions doivent être documentées et fondées sur le risque de plaies de pression pour la personne concernée.

Le directeur adjoint des soins a indiqué que seules les sangles noires étaient appropriées à laisser sous la personne résidente lorsqu'elle est assise et que les soins seraient planifiés de manière appropriée. La personne résidente n'a pas été observée assise sur une sangle noire.

En ne veillant pas à ce que le personnel utilise des stratégies de façon à réduire et à prévenir les ruptures de l'épiderme et à réduire et à éliminer la pression, notamment grâce à l'utilisation d'équipement, de fournitures, d'appareils et d'aides pour changer de position, cela a exposé la personne résidente à un risque accru d'altération épidermique.

Sources : Observations, entretien avec le personnel. [741831]

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 : Soins de la peau et des plaies

Problème de conformité n° 013 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

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

Soins de la peau et des plaies

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

b) 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 :

(ii) reçoit un traitement et subit des interventions immédiatement pour réduire ou éliminer la douleur, favoriser la guérison et prévenir l'infection, selon ce qui est nécessaire,

Le titulaire de permis n'a pas veillé à la mise en œuvre d'un traitement et d'interventions immédiates pour réduire ou éliminer la douleur, favoriser la guérison et prévenir l'infection chez une personne résidente qui présentait des signes d'altération de l'intégrité épidermique.

Justification et résumé

Une plainte écrite a été déposée par le mandataire spécial d'une personne résidente, indiquant qu'un membre de la famille qui aidait la personne résidente à prodiguer des soins personnels a observé une altération épidermique sept jours après un incident.

Le responsable des mesures de prévention des chutes a expliqué qu'il était attendu que toute observation soit documentée par le personnel de première ligne ou l'infirmière prodiguant les soins. Cependant, rien n'a été documenté au sujet de la personne résidente par la PSSP entre l'incident et le transfert à l'hôpital, car la réponse était « non » à toute nouvelle préoccupation se rapportant à l'intégrité épidermique.

Le personnel autorisé a écrit que la personne résidente exprimait de la détresse et de la douleur, qu'elle était réticente à recevoir des soins et qu'elle refusait d'être repositionnée, mais il n'y avait pas de documentation sur les altérations épidermiques au moment du transfert à l'hôpital.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Les notes d'évolution ne mentionnaient aucune indication que le personnel autorisé était au courant et avait évalué l'altération épidermique de la personne résidente qui a été observée et signalée par la famille, et documentée par une IA juste avant le transfert à l'hôpital.

En ne veillant pas à la mise en œuvre d'un traitement et d'interventions immédiates pour réduire ou éliminer la douleur, favoriser la guérison et prévenir l'infection chez la personne résidente qui présentait des signes d'altération de l'intégrité épidermique, le titulaire de permis a exposé la personne résidente à des complications médicales et à des souffrances indues liées à ses blessures.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente, mandataire spécial, entretien avec le personnel. [741721]

AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies

Problème de conformité n° 014 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

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

Soins de la peau et des plaies

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

b) 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 une personne autorisée visée au paragraphe (2.1), si cela s'impose sur le plan clinique;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à qu'une personne résidente présentant des signes d'altération de l'intégrité épidermique soit réévaluée au moins une fois par semaine par un membre du personnel infirmier autorisé.

Justification et résumé

Le directeur a reçu un RIC qui décrivait un incident entre personnes résidentes.

Une personne résidente a été blessée.

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 évaluation hebdomadaire de la peau n'a pas été effectuée dans ce cas particulier. La directrice des soins a mentionné que le personnel autorisé était tenu d'effectuer une évaluation hebdomadaire de la peau et des plaies dans les dossiers cliniques dans PointClickCare.

En ne veillant pas à ce que la personne résidente soit réévaluée au moins une fois par semaine par un membre du personnel infirmier autorisé, le titulaire de permis a exposé la personne résidente à des risques de complications en raison d'une détérioration non identifiée de l'intégrité épidermique.

Sources : RIC, examen du dossier de la personne résidente, entretien avec le personnel. [741831]

AVIS ÉCRIT : Comportements réactifs

Problème de conformité n° 015 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

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

Comportements réactifs

Paragraphe 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 :

1. Des méthodes écrites en matière de soins, notamment des protocoles de dépistage, des évaluations, des réévaluations et l'identification des comportements déclencheurs pouvant donner lieu à des comportements réactifs, notamment sur le plan cognitif, physique, affectif, social ou environnemental.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la politique écrite en matière de comportements réactifs, en particulier la méthode écrite en matière de soins, notamment les protocoles de dépistage, soit respectée.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis doit s'assurer que lorsque la Loi ou le règlement exigeait qu'un titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée ait, établisse ou par ailleurs mette en place un plan, une politique ou un protocole, il veille à ce que la politique soit respectée.

Justification et résumé

Le directeur a reçu un RIC décrivant un incident entre personnes résidentes.

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 programme de soins écrit de la personne résidente indiquait qu'elle présentait des risques de fugue.

Parmi les mesures prises, la personne résidente portait un bracelet de protection contre l'errance pour assurer sa sécurité, et des vérifications étaient requises à chaque quart de travail pour vérifier son bon fonctionnement.

La politique du titulaire de permis en matière de prévention de l'errance et des fugues comprenait plusieurs procédures :

- Les personnes résidentes sont évaluées avant ou après leur admission afin de déterminer leur risque d'errance, de recherche de sortie ou de fugue.
- Si un risque de fugue est déterminé, l'équipe interdisciplinaire élaborera un programme de soins personnalisé pour gérer ce risque.
- Le foyer mettra en place un processus pour identifier et communiquer les noms des personnes résidentes sur le formulaire d'identification des personnes à risque élevé.
- Le programme de soins de la personne résidente sera mis à jour chaque trimestre et lors de tout changement important.

Lors de l'examen des dossiers, il a été constaté que la personne résidente n'avait pas été évaluée avant ou après son admission. La liste de contrôle d'admission de la personne résidente au foyer de soins de longue durée indiquait « sans objet ». Lors d'une observation, la personne résidente ne portait pas de bracelet de protection contre l'errance. De plus, elle n'était pas inscrite sur le formulaire d'identification des personnes à risque élevé.

L'IAA responsable du Projet OSTC a mentionné que la personne résidente n'avait pas de bracelet de protection contre l'errance. Elle n'a pas pu préciser à l'inspectrice à quel moment il avait été retiré. Le programme de soins écrit n'a pas été mis à jour.

En ne veillant pas à ce que la procédure en cas d'errance et de fugue soit respectée, la personne résidente et les autres personnes résidentes risquaient de se blesser et de blesser d'autres personnes.

Sources : RIC, examen du dossier de la personne résidente, entretien avec le personnel. [741831]

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 : Comportements réactifs

Problème de conformité n° 016 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de l'alinéa 58 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Comportements réactifs

Paragraphe 58 (2) Le titulaire de permis veille à ce que les éléments visés au paragraphe (1), formulés dans le cadre de tous les programmes et services, soient à la fois :

b) fondés sur les besoins évalués des résidents qui affichent des comportements réactifs;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que tous les programmes et services soient fondés sur les besoins évalués des personnes résidentes qui affichent des comportements réactifs.

Justification et résumé

L'inspectrice a vu qu'une personne résidente quittait l'entrée principale du foyer sans son appareil d'assistance.

À la suite de cet incident, un système de protection contre l'errance a été installé sur son appareil d'assistance. Une IAA a expliqué que ce système avait été placé sur l'appareil d'assistance parce que la personne résidente avait déjà essayé de retirer un bracelet de protection contre l'errance de son poignet.

Cependant, lors de l'examen du programme de soins, il a été noté à plusieurs reprises que la personne résidente nécessitait des rappels de la part du personnel pour utiliser son appareil d'assistance, car elle oubliait souvent de le faire. La personne résidente a été vue quittant le foyer sans son appareil d'assistance.

En ne veillant pas à ce que le programme et les services soient fondés sur les besoins évalués d'une personne résidente qui affiche des comportements réactifs, la personne résidente a été exposée à un risque de fugue.

Sources : Observations, examen du dossier de la personne résidente et entretien avec le personnel. [741831]

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 : Comportements réactifs

Problème de conformité n° 017 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

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

Comportements réactifs

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

c) des mesures sont prises pour répondre aux besoins du résident, notamment des évaluations, des réévaluations et des interventions, et les réactions du résident aux interventions sont documentées.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des mesures soient prises pour répondre aux besoins d'une personne résidente, notamment des évaluations, des réévaluations et des interventions, et que les réactions aux interventions soient documentées lorsque la personne résidente a résisté aux soins en raison de ses comportements réactifs.

Justification et résumé

Une plainte a été reçue de la part d'un mandataire spécial concernant des préoccupations relatives à la gestion des commentaires réactifs de la personne résidente par le foyer.

Une PSSP s'est souvenue que la personne résidente refusait souvent les soins, ce qui faisait qu'il était difficile de l'aider. Ainsi, le soir, si une nouvelle approche ne fonctionnait pas, la PSSP laissait la personne résidente s'endormir et le personnel de nuit prenait le relais pour s'occuper d'elle et la transférer dans le lit ultérieurement.

L'IAA actuellement responsable du Projet OSTC a confirmé que la personne résidente résistait souvent aux soins et que l'approche intermittente s'avérait parfois inefficace.

Après que le mandataire spécial a exprimé des préoccupations concernant le fait que la personne résidente n'avait pas été habillée les derniers matins, une IA l'a informé que la personne résidente avait résisté aux soins malgré de multiples tentatives et avait parfois manifesté des comportements réactifs.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Deux jours après la plainte, un médecin a prescrit des médicaments de routine, conformément à la demande du mandataire spécial, pour aider à remédier au refus de la personne résidente à recevoir des soins personnels. Lorsqu'on lui a demandé si des évaluations ou des réévaluations avaient été documentées dans le dossier pour répondre aux préoccupations du mandataire spécial ou à la nouvelle ordonnance de médicaments, l'IAA responsable du Projet OSTC a confirmé qu'il n'y en avait pas.

L'ancien responsable du Projet OSTC a confirmé que la principale préoccupation concernant la personne résidente était son refus des soins, et qu'il n'avait pas inclus l'intervention de deux membres du personnel, l'un pour la distraire et l'autre pour lui prodiguer des soins, dans le programme de soins. Il a expliqué qu'il était attendu que les personnes résidentes dont le comportement était nouveau ou s'aggravait soient aiguillées vers le Projet OSTC, mais il n'y avait pas eu d'aiguillage, d'évaluation, de réévaluation ou de réunions interdisciplinaires se rapportant aux comportements réactifs de la personne résidente.

Selon trois évaluations distinctes du système d'observation de la démence entreprises au cours de trois mois distincts, la personne résidente a refusé de recevoir des soins, et aucune analyse, aucun aiguillage, aucune intervention ou aucun plan de suivi n'a été relevé dans les outils d'évaluation. Le responsable du Projet OSTC n'a pas consigné de notes de suivi, malgré la documentation dans la section du programme prévoyant une évaluation du système d'observation de la démence pour suivre la personne résidente et amorcer une évaluation au besoin.

L'ancien responsable du Projet OSTC a confirmé que la politique n'avait pas été suivie pour évaluer l'efficacité des nouveaux médicaments administrés à la personne résidente. Il n'y avait aucune trace d'un outil de surveillance des médicaments dans le dossier.

D'après la documentation des PSSP dans l'application Point of Care au cours des six semaines précédant le transfert à l'hôpital, la personne résidente a résisté aux soins à 25 reprises.

En ne veillant pas à ce que des mesures soient prises pour répondre aux besoins d'une personne résidente, notamment des évaluations, des réévaluations et des interventions, et à ce que les réactions aux interventions soient documentées lorsque la personne résidente a démontré des comportements réactifs, le titulaire

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

de permis a exposé la personne résidente à un risque de préjudice en raison de la gestion inefficace de ses comportements réactifs.

Sources : Plainte du mandataire spécial par courriel, dossiers cliniques de la personne résidente, entretiens avec le personnel. [741721]

AVIS ÉCRIT : Entretien ménager

Problème de conformité n° 018 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : du sous-alinéa 93 (2) a) (i) du Règl. de l'Ont. 246/22

Entretien ménager

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

a) le nettoyage du foyer, notamment :

(i) les chambres à coucher des résidents, y compris les planchers, les tapis, les meubles, les rideaux de séparation et les surfaces de contact et celles des murs,

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les procédures de nettoyage de la chambre à coucher d'une personne résidente comprennent les planchers, les tapis, les surfaces de contact et les murs.

Justification et résumé

Pendant une écloison de maladie respiratoire à l'échelle de l'établissement, un membre du personnel d'entretien ménager a été observé en train d'entrer dans la chambre à coucher d'une personne résidente pour effectuer le ménage.

Deux minutes plus tard, il a été vu en train de sortir de la chambre à coucher de la personne résidente, plaçant un chiffon en microfibre rouge dans le chariot d'entretien ménager et apportant un nouveau sac à ordures dans la chambre. Le balai et la vadrouille sont restés inutilisés sur le chariot. Le ménage quotidien de la chambre à coucher de la personne résidente a été effectué par le membre du personnel d'entretien ménager en moins de trois minutes. La brosse de la toilette était sèche, et des éclaboussures étaient visibles sur le dossier derrière l'évier de la salle de bain ainsi que sur le miroir. Quelques taches de saletés séchées étaient également présentes sur le plancher de la salle de bain après que le membre du personnel d'entretien ménager eut terminé et soit passé à la chambre à coucher suivante.

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 membre du personnel d'entretien ménager a expliqué que le protocole de nettoyage du plancher de la salle de bain consistait à le laver seulement s'il était visiblement sale ou collant, et à passer le balai ou l'aspirateur sur le tapis au besoin. Interrogé sur la propreté de la salle de bain de la personne résidente, il a expliqué qu'il n'avait pas nettoyé le plancher, car il n'était ni collant ni visiblement sale, mais il a confirmé qu'il y avait des marques sur le plancher et sur le dossier de l'évier. Lorsqu'il a été mentionné que la brosse de la toilette était sèche, il s'est excusé de ne pas l'avoir nettoyée.

Un autre membre du personnel d'entretien ménager a reconnu que les planchers des salles de bain n'étaient pas lavés tous les jours, mais seulement s'il y avait quelque chose de collant, une tache ou des gouttelettes.

Le gestionnaire des services environnementaux a expliqué que les membres du personnel d'entretien ménager devaient laver les planchers des salles de bain des personnes résidentes chaque jour. Il a confirmé qu'il aurait des doutes quant à la minutie du nettoyage de la chambre à coucher de la personne résidente s'il était effectué en moins de trois minutes, reconnaissant qu'il faudrait plus de temps pour effectuer toutes les tâches de nettoyage quotidiennes.

La politique du foyer en matière de nettoyage et de désinfection des salles de bain des personnes résidentes fournit une liste des surfaces qui doivent être nettoyées et désinfectées quotidiennement, notamment les comptoirs de salle de bain, l'évier, le miroir et la cuvette de toilette.

Le foyer fait appel aux services de Marquise Hospitality et suit ses protocoles de nettoyage. Leur politique en matière de désinfection et de nettoyage quotidien des chambres à coucher des personnes résidentes exige que le personnel d'entretien nettoie et désinfecte les surfaces fréquemment touchées chaque jour, notamment l'évier, les distributeurs, les barres d'appui, les toilettes et les commodes. Le nettoyage du plancher se fait d'abord à la vadrouille sèche en commençant par les coins et les bords, en se déplaçant du côté le plus éloigné de la pièce vers la porte, puis à la vadrouille humide le même processus. Enfin, la vadrouille est passée dans la salle de bain en dernier lieu.

En ne veillant pas à ce que les procédures de nettoyage de la chambre à coucher de la personne résidente comprennent les planchers, les tapis, les surfaces de

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

contact et les murs, le titulaire de permis a exposé la personne résidente à un risque d'infections liées aux soins de santé.

Sources : Observations du nettoyage, politiques de nettoyage en matière de désinfection et de nettoyage quotidiens des chambres à coucher de personnes résidentes et de désinfection et de nettoyage quotidiens des salles de bain de personnes résidentes, et entretien avec le personnel. [741721]

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

Problème de conformité n° 019 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de l'alinéa 102 (g) a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programme de prévention et de contrôle des infections

Paragraphe 102 (g) Le titulaire de permis veille à ce qui suit au cours de chaque quart de travail :

a) les symptômes indiquant la présence d'infections chez des résidents sont surveillés conformément aux normes ou protocoles que délivre le directeur en application du paragraphe (2);

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'au cours de chaque quart de travail, les symptômes indiquant la présence d'infections chez une personne résidente soient surveillés conformément aux normes ou protocoles que délivre le directeur en application du paragraphe (2).

Justification et résumé

Le mandataire spécial d'une personne résidente s'est dit préoccupé par le fait que la personne résidente était très malade. Lorsque le médecin l'a examinée, elle était déjà si malade qu'il a fallu la transporter à l'hôpital. Le mandataire spécial a souligné que le manque de communication était le principal obstacle au sein du foyer.

Une note d'évolution écrite mentionnait qu'une nouvelle infection avait été observée chez la personne résidente qui présentait des symptômes, et celle-ci a fait l'objet de précautions supplémentaires d'isolement. La surveillance des symptômes d'infection n'a pas été documentée dans les notes d'évolution pour sept des neuf jours et un quart de nuit entre l'apparition des symptômes et le moment du transfert à l'hôpital.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Lors d'une entrevue, la responsable de la PCI a confirmé que le personnel autorisé devrait consigner son évaluation des symptômes de la personne résidente dans les notes d'évolution, au moins à chaque quart de travail.

La politique du foyer en matière de surveillance et de signalement des infections exige que l'infirmière de l'unité ou une personne désignée documente les signes et les symptômes de l'infection de la personne résidente dans le dossier de santé électronique à chaque quart de travail, jusqu'à ce que la situation soit réglée.

En ne veillant pas à ce qu'au cours de chaque quart de travail, les symptômes indiquant la présence d'infections chez la personne résidente soient surveillés conformément aux normes ou protocoles que délivre le directeur en application du paragraphe (2), le titulaire de permis a exposé la personne résidente à un risque de complications liées au retard de l'évaluation et du traitement de la maladie.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente, politique du foyer en matière de surveillance et de signalement des infections, entretiens. [741721]

AVIS ÉCRIT : Traitement des plaintes

Problème de conformité n° 020 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

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

Traitement des plaintes

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

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une plainte fasse l'objet d'une enquête et d'un règlement, dans la mesure du possible, et qu'une réponse conforme à la disposition 3 soit donnée dans les 10 jours ouvrables qui suivent la réception de la plainte, et s'il est allégué dans la plainte qu'un préjudice ou un risque de préjudice,

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

notamment un préjudice physique, a été causé à une ou plusieurs personnes résidentes, l'enquête est menée immédiatement.

Justification et résumé

Un mandataire spécial a confirmé qu'il n'était pas satisfait de la réponse du foyer à ses préoccupations, expliquant qu'il estimait que celles-ci n'avaient pas été prises en compte. La lettre de réponse du foyer ne contenait aucun détail sur l'enquête et seul le retard dans la prise des médicaments a été reconnu, ce qui, selon le mandataire spécial, était la dernière de ses préoccupations.

La directrice générale a confirmé l'absence de détails concernant l'enquête dans la trousse du RIC, et la lettre de réponse à l'auteur de la plainte n'a mentionné que les conclusions concernant un seul aspect (le retard dans la prise des médicaments), sans aborder les autres préoccupations. Lorsqu'on lui a demandé si elle avait consulté le directeur régional concernant les dossiers d'enquête, la directrice générale a indiqué qu'il n'y avait rien à ce sujet.

La lettre de réponse a été remise à l'auteur de la plainte plus de 10 jours ouvrables après sa réception, reconnaissant la frustration du mandataire spécial et le retard dans la prise des médicaments. Cependant, l'ancien directeur général n'a pas mentionné les résultats de son enquête sur les autres préoccupations. La lettre de réponse ne contenait pas les renseignements requis, notamment le numéro de téléphone sans frais du ministère pour déposer des plaintes au sujet des foyers et ses heures de service, ainsi que les coordonnées de l'Ombudsman des patients conformément à la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous*. Elle n'expliquait pas non plus les mesures par le titulaire de permis pour résoudre la plainte ni exprimait la croyance que la plainte était non fondée, accompagnée des motifs de cette croyance.

En ne veillant pas à ce qu'une plainte fasse l'objet d'une enquête et d'un règlement, dans la mesure du possible, et qu'une réponse conforme à la loi soit fournie dans les 10 jours ouvrables qui suivent la réception de la plainte, et s'il était allégué dans la plainte qu'un préjudice ou un risque de préjudice, notamment un préjudice physique, a été causé à une ou plusieurs personnes résidentes, l'enquête soit menée immédiatement, le titulaire de permis a exposé la personne résidente à un risque de préjudice découlant de préoccupations non résolues en matière 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

Sources : Lettre de plainte du mandataire spécial, lettre de réponse du foyer à l'auteur de la plainte, dossier d'enquête du RIC et entretiens. [741721]

AVIS ÉCRIT : Traitement des plaintes

Problème de conformité n° 021 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de l'alinéa 108 (2) c) du Règl. de l'Ont. 246/22

Traitement des plaintes

Paragraphe 108 (2) Le titulaire de permis veille à ce que soit tenu au foyer un dossier documenté où figurent notamment les renseignements suivants :

c) le type de mesures prises pour régler la plainte, notamment la date où elles ont été prises, l'échéancier des mesures à prendre et tout suivi nécessaire;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soit tenu au foyer un dossier documenté où figurait le type de mesures prises pour régler la plainte, notamment la date où elles ont été prises, l'échéancier des mesures à prendre et tout suivi nécessaire.

Justification et résumé

Le foyer a reçu une plainte concernant la crainte qu'une personne résidente ne reçoive pas de bain.

Le foyer de soins de longue durée n'avait aucun dossier documenté à cet égard. La directrice générale a confirmé l'absence de dossier disponible concernant cette plainte.

Le défaut de veiller à ce que soit tenu au foyer un dossier documenté où figurait le type de mesures prises pour régler la plainte, notamment la date où elles ont été prises, l'échéancier des mesures à prendre et tout suivi nécessaire, n'a pas eu d'incidence directe sur la personne résidente.

Sources : RIC, entretien avec le personnel. [741831]

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 : Rapports : incidents graves

Problème de conformité n° 022 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de la disposition 4 du paragraphe 115 (3) du Règl. de l'Ont. 246/22

Rapports : incidents graves

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

4. Sous réserve du paragraphe (4), un incident cause à un résident une lésion nécessitant son transport à l'hôpital et provoque un changement important dans son état de santé.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à aviser le directeur d'un incident ayant causé à une personne résidente une lésion nécessitant son transport à l'hôpital et qui a provoqué un changement important dans son état de santé.

Justification et résumé

Le directeur a été informé d'une plainte concernant une personne résidente qui avait fait une chute et dont la mobilité a été considérablement réduite.

Le physiothérapeute a confirmé que la mobilité de la personne résidente avait considérablement changé après la chute, notant qu'avant celle-ci, elle avait besoin de l'aide d'une personne et pouvait se tenir debout et utiliser un appareil d'assistance.

L'examen du programme de soins a confirmé que la personne résidente avait subi un changement important nécessitant une révision de son programme de soins. Après le retour de la personne résidente de l'hôpital, l'un des ajustements apportés à son programme de soins a été la nécessité d'une aide de deux personnes.

En ne veillant pas à aviser le directeur d'un incident ayant causé à une personne résidente une lésion nécessitant son transport à l'hôpital et qui a provoqué un changement important dans son état de santé, le titulaire de permis n'a causé aucun préjudice à la personne résidente.

Sources : Dossier clinique de la personne résidente, entretiens. [741721]

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

AVIS ÉCRIT : Incidents liés à des médicaments

Problème de conformité n° 023 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : du paragraphe 147 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Incidents liés à des médicaments et réactions indésirables à des médicaments
Paragraphe 147 (2) Outre l'exigence prévue à l'alinéa (1) a), le titulaire de permis veille à ce qui suit :

a) l'ensemble des incidents liés à des médicaments, incidents d'hypoglycémie sévère, incidents d'hypoglycémie ne répondant pas à un traitement, réactions indésirables à des médicaments et utilisations de glucagon sont documentés, examinés et analysés;

b) les mesures correctrices nécessaires sont prises;

c) tous les éléments exigés aux alinéas a) et b) sont consignés dans un dossier.
Règl. de l'Ont. 66/23, art. 30.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à examiner, à analyser, à prendre des mesures correctives et à tenir un dossier écrit sur un incident lié aux médicaments d'une personne résidente.

Justification et résumé

Un mandataire spécial s'est rappelé que la personne résidente n'avait pas reçu ses médicaments en temps voulu et que le foyer n'avait pas pris de mesures pour répondre à ses préoccupations. Dans sa plainte écrite envoyée au siège social du foyer, il a mentionné que le personnel n'appliquait pas le traitement à la personne résidente et qu'il n'était administré que lorsqu'il le rappelait lors de ses visites. Selon le mandataire spécial, le médicament n'avait été disponible qu'après dix jours et, lorsqu'il avait enfin été livré, il avait demandé à administrer la crème, et il a reçu un tube complet. À ce moment-là, l'infirmière de service avait informé le mandataire spécial que la personne résidente n'en avait pas encore reçu.

Le mandataire spécial a été informé qu'une nouvelle ordonnance avait été reçue pour un médicament devant être administré quatre fois par jour au besoin. Bien que la liste des médicaments de la personne résidente inclue un traitement à administrer de la même manière, la première et seule demande documentée au cours des deux derniers mois a été consignée une seule fois, lorsqu'elle a été jugée efficace.

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 générale actuelle a confirmé qu'aucun rapport d'incident lié à un médicament n'a été conservé, aucune enquête n'a été entreprise, ni aucune mesure n'a été prise concernant le RIC, qui comprenait cette plainte et d'autres plaintes formulées par le mandataire spécial dans son courriel adressé au siège social du foyer.

Dans sa lettre de suivi à l'auteur de la plainte, l'ancien directeur général s'est excusé pour le retard dans l'obtention du médicament à la pharmacie, mais n'a pas fourni d'explication concernant les préoccupations du mandataire spécial selon lesquelles le médicament n'avait pas été administré, indiquant simplement qu'il devait être utilisé au besoin et non de façon routinière.

En omettant de remplir un rapport d'incident lié aux médicaments, de l'examiner, de l'analyser, de prendre des mesures correctives et de tenir un dossier écrit sur un incident lié aux médicaments d'une personne résidente, le titulaire de permis a exposé la personne résidente à un risque de complications médicales découlant d'autres incidents.

Sources : Dossiers cliniques d'une personne résidente, lettre de plainte du mandataire spécial, lettre de réponse à la plainte de l'ancien directeur général, entretiens. [741721]

AVIS ÉCRIT : Foyer sûr et sécuritaire

Problème de conformité n° 024 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de l'article 26 du Règl. de l'Ont. 246/22

Observation des instructions du fabricant

Article 26. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le personnel utilise l'ensemble de l'équipement, des fournitures, des appareils, des appareils fonctionnels et des aides pour changer de position du foyer conformément aux instructions du fabricant.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à entreposer les réservoirs d'oxygène conformément aux instructions du fabricant concernant la manipulation et l'entreposage sécuritaires.

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

Lors d'une visite au coin repos destiné aux personnes résidentes, la directrice générale et l'inspectrice n° 741721 ont observé que deux réservoirs d'oxygène étaient placés debout et n'étaient pas fixés sur le sol devant un concentrateur d'oxygène.

La directrice générale a expliqué que le coin repos était un espace réservé aux personnes résidentes et que les réservoirs d'oxygène n'étaient pas entreposés correctement, puisqu'ils étaient posés debout sur le sol devant le concentrateur. Elle a confirmé que les réservoirs d'oxygène doivent être entreposés à plat ou dans un support fixé au mur, reconnaissant que des réservoirs mal entreposés pourraient poser un risque pour la santé des personnes résidentes, dont celui de se transformer en projectiles.

Tenant deux réservoirs d'oxygène dans ses bras, la directrice des soins a expliqué que les réservoirs trouvés sur le sol du coin repos de l'unité Cameron étaient les plus petits et les plus anciens et qu'ils avaient été oubliés lors de la collecte prévue. Elle a reconnu que ces réservoirs n'auraient pas dû être laissés là et qu'elle les retirerait.

En ne veillant pas à entreposer les réservoirs d'oxygène conformément aux instructions du fabricant concernant la manipulation et l'entreposage sécuritaires, le titulaire de permis a exposé les personnes résidentes à des risques de préjudice physique.

Sources : Observation des réservoirs d'oxygène, entretiens avec le personnel.
[741721]

(A1)**La ou les non-conformité(s) suivante(s) a/ont été modifiée(s) : NC n° 25****ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 001 Obligation de protéger**Problème de conformité n° 025 Ordre de conformité en vertu 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

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

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, au minimum :

- 1) Une équipe interdisciplinaire dirigée par le directrice des soins doit passer en revue et réviser le programme de soins écrit de la personne résidente n° 002 de manière à y inclure tous les comportements réactifs relevés (avec les descriptions précises), les déclencheurs potentiels et les interventions particulières pour chaque comportement. Le programme de soins doit inclure les interventions inefficaces utilisées et la raison de leur inefficacité. Veiller à ce que le programme de soins énumère les incidents passés et les dates où ils sont survenus afin que le personnel en soit informé.
- 2) Un travailleur de soutien individuel doit consigner l'heure exacte à laquelle la personne résidente n° 002 a été invitée à aller aux toilettes. La directrice des soins doit réévaluer les heures de toilette prévues et évaluer l'efficacité. Une vérification de la conformité du personnel doit être réalisée durant une semaine et un plan de mesures correctives doit être créé et mis en œuvre pour toute lacune relevée. Un registre doit être conservé pour la vérification et le plan d'action. Ce dossier doit être remis à l'inspectrice immédiatement sur demande.
- 3) La directrice des soins ou la personne désignée doit donner à toutes les personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP) affectées à l'unité Sturgeon une formation en personne sur les attentes relatives aux politiques du foyer sur les évaluations de routine de la peau, notamment les exigences de consignation et de signalement lorsqu'une personne résidente observée a une intégrité épidermique altérée, comme une ecchymose. Conserver un registre du contenu de la formation, avec les dates où la formation a été donnée, ainsi qu'une liste des membres du personnel avec leur signature qui indique qu'ils ont reçu la formation. Fournir un registre de la formation susmentionnée aux inspectrices immédiatement sur demande.
- 4) La directrice des soins ou une personne déléguée de la gestion des soins infirmiers doit réaliser une vérification sur quatre semaines de tous les rayons x

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

prescrits afin de déterminer si ces derniers ont été effectués tels qu'ils ont été prescrits par le médecin, au bon moment, et afin d'établir si des mesures appropriées ont été prises en fonction des résultats. Réaliser une analyse des données recueillies et des mesures correctives prises, au besoin; fournir l'analyse aux inspectrices immédiatement sur demande.

5) Élaborer une méthode permettant de déterminer si les prescriptions de rayons x ont été respectées, conformément aux directives du médecin; communiquer la méthode au personnel concerné, en conservant un registre de toutes les communications, avec les dates, et les feuilles de signatures de la formation qui confirment que les membres du personnel ont lu et compris l'information. Conserver des registres de ce qui précède; fournir ces derniers aux inspectrices immédiatement sur demande.

6) Donner à tout le personnel autorisé affecté à l'unité Sturgeon une formation en personne sur les exigences de consignation et de signalement à respecter pour les personnes résidentes ayant une intégrité épidermique altérée, la douleur nouvelle ou s'aggravant ainsi que les mesures appropriées devant être prises conformément aux politiques et procédures connexes du foyer. Conserver un registre du contenu de la formation, avec les dates où la formation a été donnée, ainsi qu'une liste des membres du personnel avec leur signature indiquant qu'ils ont reçu la formation. Remettre un registre de la formation susmentionnée aux inspectrices immédiatement sur demande.

Motifs

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente soit protégée contre les mauvais traitements de la part de quiconque.

Justification et résumé

Un RIC a été soumis au directeur, qui a signalé un incident survenu entre deux personnes résidentes.

Le programme de soins de la personne résidente n'indiquait pas le risque que présente la personne résidente ni les incidents antérieurs. Le 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

n'indiquait pas le comportement, les déclencheurs, ni les interventions pour l'atténuation du risque.

La personne résidente prenait un médicament prescrit pour les comportements réactifs. Le responsable du Projet OSTC a indiqué que la personne résidente manifestait un comportement réactif envers le personnel. Le responsable du Projet OSTC a également indiqué que la personne résidente demandait à une autre personne résidente de la réorienter. Le programme de soins écrit n'indiquait pas ce risque de comportement.

Le programme de soins de la personne résidente n° 002 indiquait que cette dernière avait des comportements d'errance. Le programme de soins indiquait que la personne résidente errait dans d'autres zones du foyer. La PSSP n° 105 a indiqué que la personne résidente se rendait fréquemment dans d'autres zones du foyer des résidents. La PSSP n° 105 a indiqué que la personne résidente n° 002 avait entré dans la chambre d'une autre personne résidente avant l'incident. Le responsable du Projet OSTC a indiqué que la personne résidente entraînait dans les chambres d'autres personnes résidentes, généralement les chambres situées au bout des corridors.

Le programme de soins de la personne résidente n° 002 n'indiquait pas le risque que présente la personne résidente ni un incident antérieur où celle-ci serait entrée dans la chambre d'une personne résidente. Le programme de soins n'indiquait pas le comportement, les déclencheurs, ni les interventions pour l'atténuation du risque.

Une PSSP a indiqué que la personne résidente n° 002 cherchait souvent les toilettes. La PSSP a indiqué qu'elle aidait souvent la personne résidente n° 002 à se rendre à la salle de bain et qu'elle tentait de rediriger cette dernière jusqu'à sa zone du foyer. Cependant, compte tenu des niveaux des effectifs et des niveaux de soin des personnes résidentes, il était difficile de retirer un membre du personnel de la zone du foyer afin que ce dernier aille rediriger 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

Dans les registres des soins de toilette, il était indiqué que le personnel devait aider la personne résidente à se rendre à la salle de bain. Les registres des soins de toilette horaires ont été passés en revue. Les dossiers électroniques des soins indiquent l'heure à laquelle une tâche a été réalisée ou signée par le membre du personnel. Les signatures consignées ont été regroupées ou plusieurs heures ont été signées en même temps et n'indiquaient pas clairement le moment où le membre du personnel avait aidé la personne résidente.

L'inspectrice ne parvenait pas à déterminer, à partir des notes d'enquête ou des dossiers des soins, à quel moment la personne résidente avait reçu pour la dernière fois avant l'incident de l'aide pour aller aux toilettes.

La politique du titulaire de permis en matière de prévention des errances et des fugues indiquait que le foyer avait un processus en place pour déterminer et signaler les personnes résidentes présentant un risque élevé d'errance. Ce processus consiste notamment à placer le nom de la personne résidente sur la liste d'identification des personnes à risque élevé. Le foyer n'avait pas de processus en place.

En ne veillant pas à ce que le risque lié aux comportements réactifs de personnes résidentes soit adéquatement cerné et géré, les autres personnes résidentes étaient exposées à un risque de préjudice.

Sources : RIC, dossiers cliniques des personnes résidentes, entretien avec le personnel. [741831]

2. Le titulaire de permis n'a pas protégé une personne résidente contre de la négligence de la part du personnel, en omettant de fournir le traitement, les soins et services ou le soutien requis après que la personne résidente a subi des blessures en chutant.

Justification et résumé

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

Des membres du personnel ont découvert une personne résidente étendue sur le plancher à la suite d'une chute dont personne n'avait été témoin. L'évaluation de la tête au pied réalisée après la chute n'indiquait aucun signe de blessure. Un examen de dépistage des traumatismes crâniens a été entrepris. Après l'incident, il y a eu un changement important.

Le médecin du foyer a rédigé une ordonnance afin que la personne résidente subisse un test diagnostique.

Un examen du tableau physique et électronique de la personne résidente n'a révélé aucune indication de traitement aux rayons x ayant été effectué.

Cinq jours après la chute, un membre du personnel autorisé a indiqué que la personne résidente s'était plainte de symptômes s'aggravant à la suite d'un changement de position et d'interventions de soins. Aucune mesure n'a été prise.

Le coordonnateur des outils d'évaluation des résidents a réalisé une évaluation trimestrielle qui n'indiquait rien à propos des symptômes ressentis par la personne résidente. Aucune autre note de progression n'a été rédigée par quiconque durant deux autres jours. Au bout de ces deux jours, il a été décidé que, compte tenu de l'aggravation des symptômes non gérés, de la difficulté à effectuer un changement de position et de l'intégrité épidermique altérée, la personne résidente devait être transférée à l'hôpital afin d'être évaluée pour déceler une possible fracture.

La documentation du registre d'administration des médicaments indiquait qu'il y avait eu un délai de deux heures et quinze minutes avant l'administration d'un médicament analgésique et qu'il avait été constaté par la suite que la personne résidente avait des symptômes non gérés. Le lendemain, lorsque la personne résidente a été transférée à l'hôpital, aucun médicament antidouleur n'a été administré avant le soir, juste avant le transfert à l'hôpital par ambulance.

Le responsable des mesures de prévention des chutes a confirmé que le tableau renfermait une prescription du médecin pour que la personne résidente subisse un test diagnostique deux jours après la chute. Toutefois, il n'a pas réussi à trouver de la documentation pour confirmer que cela avait été fait ni des évaluations ou des notes faites par le médecin ou d'autres membres du personnel qui ont mené à la prescription.

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 mandataire spécial s'est rappelé que, lorsque les frères et sœurs de la personne résidente ont vu la peau altérée de cette dernière, une semaine après la chute, alors qu'ils fournissaient de l'aide pour les soins au lit, ils ont signalé la situation à un membre du personnel autorisé, évalué la personne résidente, puis appelé une ambulance.

En ne protégeant pas la personne résidente contre la négligence de la part du personnel, le titulaire de permis a compromis la santé, la sécurité et le bien-être de cette dernière, ce qui a contribué à de la souffrance induite et à un retard dans la reconnaissance et le traitement des blessures causées par une chute.

Sources : Dossiers cliniques des personnes résidentes, entretiens. [741721]

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

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 002 Protection contre certains cas de contention

Problème de conformité n° 026 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de la disposition 3 du paragraphe 34 (1) de la *LRSLD* (2021)

Protection contre certains cas de contention

Paragraphe 34 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qu'aucun résident du foyer ne soit :

3. Maîtrisé au moyen d'un appareil mécanique, si ce n'est conformément à l'article 35 ou pour s'acquitter du devoir de common law visé à l'article 39.

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

Plus particulièrement, le titulaire de permis doit :

1) La directrice des soins ou la personne désignée des soins infirmiers doit examiner le dossier clinique de la personne résidente n° 005 et de toute autre personne résidente du foyer qui est maîtrisée au moyen d'un appareil mécanique utilisé conformément à la politique du foyer en matière de contention. Cela comprend

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

notamment l'évaluation, les réévaluations, les consentements, la prescription du médecin, le programme de soins, la documentation sur le dégagement et le positionnement et le suivi. Conserver un dossier documenté de cet examen et le mettre à la disposition de l'inspectrice immédiatement sur demande.

2) La direction du foyer doit effectuer une vérification afin d'évaluer toutes les personnes résidentes qui ont un appareil d'aide personnelle ou du matériel de contrainte, quelle que soit leur capacité physique et cognitive. Dans la vérification, il faut évaluer si le dispositif répond à la définition d'un matériel de contrainte ou d'un appareil d'aide personnelle et le classer en conséquence. La vérification doit comprendre un examen de l'ensemble des évaluations et réévaluations, du programme de soins, des prescriptions du médecin et des consentements pour l'utilisation d'un appareil d'aide personnelle ou d'un matériel de contrainte. Toute lacune relevée lors de la vérification doit être consignée, avec la mesure corrective prise. Conserver un dossier documenté de la vérification et mettre celui-ci à la disposition des inspectrices immédiatement sur demande.

3) La direction du foyer doit réaliser une vérification cinq jours par semaine durant six semaines. La vérification doit porter sur toutes les personnes résidentes, pour s'assurer qu'aucune personne résidente n'utilise un appareil d'aide personnelle ou du matériel de contrainte sans autorisation. Conserver un dossier documenté et mettre celui-ci à la disposition des inspectrices immédiatement sur demande.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'aucune personne résidente du foyer ne soit maîtrisée au moyen d'un appareil mécanique d'une manière qui va à l'encontre de l'article 35.

Justification et résumé

On a observé à plusieurs reprises une personne résidente dans un fauteuil roulant incliné. Le fauteuil roulant n'avait pas de pédales pour soutenir les membres inférieurs. La personne résidente déambulait en se propulsant avec les mains. Ses jambes pendaient librement en dehors du coussin et ne pouvaient toucher le sol.

Une PSSP a indiqué que la personne résidente pouvait tenter de se lever, ce qui pouvait entraîner une chute. Elle a fait part de préoccupations vis-à-vis du niveau

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

des effectifs dans la zone du foyer des résidents et a mentionné qu'il était plus sécuritaire que la personne résidente soit dans un fauteuil incliné et sans pédale pour les pieds. Elle a indiqué que, lorsque les pédales pour les pieds étaient utilisées, la personne résidente se sauvait et tentait de se lever.

L'inspectrice n° 741721 a observé à quelques reprises la personne résidente en position inclinée. Une PSSP a indiqué que le fauteuil roulant était incliné parce que la personne résidente tentait de se lever toute seule et chutait fréquemment. La PSSP a mentionné que le fauteuil roulant était incliné afin d'assurer la sécurité de la personne résidente. La personne résidente n'avait pas de pédale en position repos sur son fauteuil roulant.

Le physiothérapeute a fait observer que l'attente vis-à-vis d'un fauteuil roulant standard de style incliné lorsque celui-ci est en mode incliné était l'utilisation des pédales pour soutenir les jambes et les pieds.

La politique du titulaire de permis indiquait que l'appareil d'aide personnelle ne devait pas être utilisé pour maîtriser une personne résidente (p. ex. pour prévenir les chutes).

L'évaluation trimestrielle de la personne résidente réalisée par le physiothérapeute indiquait que l'inclinaison devait être utilisée comme aide pour le changement de position et être commandée en tant qu'appareil d'aide personnelle.

En ne veillant pas à ce que la personne résidente ne soit pas maîtrisée au moyen d'un appareil mécanique d'une manière qui va à l'encontre de l'article 35, cette dernière était exposée à un risque de préjudice non éclairé.

Sources : Observations, dossiers cliniques des personnes résidentes, entretien avec le personnel. [741831]

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

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 003 Gestion de la douleur

Problème de conformité n° 027 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : du paragraphe 57 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Gestion de la douleur

Paragraphe 57 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les résidents, lorsque leur douleur n'est pas soulagée au moyen des interventions initiales, soient évalués au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément à cette fin.

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, au minimum :

- 1) La directrice des soins ou une personne désignée de la direction doit donner aux PSSP et au personnel autorisé (y compris les travailleurs de l'organisme) une formation sur l'importance d'une action rapide pour les personnes résidentes aux prises avec de la douleur, l'amorce d'une surveillance de 72 heures, les stratégies de gestion de la douleur, ce qu'il faut faire lorsque les interventions/stratégies visant à atténuer la douleur sont inefficaces et le signalement et la consignation conformément aux politiques et procédures de gestion de la douleur du foyer. Conserver un registre du contenu de la formation et une liste des membres du personnel qui ont besoin d'une formation, avec leur signature et la date à laquelle la formation a été donnée; fournir le registre et la liste aux inspectrices immédiatement sur demande.
- 2) La directrice des soins ou une personne désignée de la direction des soins infirmiers doit, durant une période d'une semaine, réaliser une vérification des tableaux des personnes résidentes ayant été signalées comme ayant une douleur nouvelle ou s'aggravant afin de déterminer si les stratégies de gestion de la douleur et une évaluation de la douleur sur 72 heures ont été entreprises et menées. Conserver un registre des résultats de la vérification et des mesures correctives prises pour les non-conformités constatées; fournir le registre aux 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

3) Mettre à jour le programme de soins écrit et le Kardex de la personne résidente n° 003 afin d'y inclure les renseignements relatifs aux stratégies de gestion de la douleur.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, lorsque la douleur d'une personne résidente n'avait pas été soulagée avec les interventions initiales, la personne résidente soit évaluée au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément à cette fin.

Justification et résumé

Des membres du personnel ont découvert une personne résidente étendue sur le plancher à la suite d'une chute dont personne n'avait été témoin. Un examen de dépistage des traumatismes crâniens a été entrepris. Une heure après la chute, le physiothérapeute a évalué la personne résidente et a remarqué un changement dans l'état ambulatoire.

La documentation sur le registre d'administration des médicaments des deux jours ayant suivi la chute a été la première indication de l'intensification de la douleur chez la personne résidente. Un médicament a été donné et a été efficace. Aucune note d'évolution n'a été rédigée ce jour-là.

Quatre jours après la chute, une IA a donné un médicament antidouleur, dont on a constaté l'inefficacité pour un degré de douleur de 8 sur 10 le matin. Il n'y avait pas de documentation dans les notes d'évolution rédigées par l'infirmière à propos de la douleur, et la dose a été enregistrée dans le registre d'administration des médicaments, en tant que dose inefficace. Le jour suivant, l'infirmière suppléante n'a rien consigné à propos de la surveillance de la douleur et aucun autre analgésique n'a été donné jusqu'au matin suivant pour un degré de douleur de 6 sur 10, malgré un ordre permanent pour la gestion de la douleur qui aurait pu être utilisé toutes les quatre heures, suivant les besoins (PRN).

Une note clinique sur les comportements rédigée par un membre du personnel autorisé après la chute indiquait que la personne résidente ressentait une douleur accrue lorsqu'elle changeait de position ou lors des interventions de soins, manifestant des comportements réactifs. L'objectif était de surveiller la douleur. Le

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

membre du personnel s'est questionné à savoir si la personne résidente pourrait avoir besoin d'un médicament antidouleur (PRM) avant les soins, mais il ne lui en a pas administré. Il a eu un délai de deux heures et quinze minutes avant que l'analgésique soit administré, comme l'indique la documentation du registre d'administration des médicaments. Aucune autre note de progression n'a été rédigée par quiconque durant deux autres jours. Au bout de ces deux jours, il a été décidé que, compte tenu de la douleur croissante, de la difficulté à changer de position et de l'intégrité épidermique altérée, la personne résidente devait être transférée à l'hôpital afin d'être évaluée.

L'évaluation trimestrielle de la personne résidente réalisée par le coordonnateur des outils d'évaluation des résidents cinq heures après que le personnel autorisé a observé que la personne résidente lançait un appel, exerçait une résistance et verbalisait la douleur ressentie en bougeant, était contradictoire pour ce qui est de la question générale demandant si la douleur nuisait à l'aide apportée à la personne résidente dans l'accomplissement des tâches, à laquelle le coordonnateur avait répondu « non ».

Aucun médicament antidouleur n'a été administré dans les 24 heures précédant le transfert à l'hôpital après la chute, lorsqu'un membre du personnel autorisé a déterminé que la personne résidente ressentait une douleur aiguë. La personne résidente a été observée en train de grimacer et de gémir, de dire « s'il vous plaît, s'il vous plaît, laissez-moi respirer » et de demander si cela allait cesser bientôt.

Le programme de soins de la personne résidente ne renfermait aucun renseignement sur les stratégies de gestion de la douleur.

La politique du foyer en matière d'évaluation et de gestion de la douleur exigeait du personnel qu'il évalue le degré de douleur chez les personnes résidentes au moyen d'un outil d'évaluation de la douleur (PAINAD, échelle de notation numérique, échelle de notation verbale, etc.) quand il y avait un changement dans l'état (p. ex. après une chute, fracture confirmée, etc.). La politique exigeait également du personnel qu'il surveille le moment où la douleur avait été constatée et qu'il amorce une surveillance de 72 heures, en traitant systématiquement la douleur identifiée au moyen de stratégies et d'interventions adéquates comprenant des moyens non pharmacologiques, du matériel, des fournitures, des appareils, des aides, etc. L'efficacité des interventions de gestion de la douleur doit être consignée dans le registre de la surveillance de 72 heures et/ou le dossier de santé électronique. 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 Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

problèmes nouveaux et non résolus liés à la gestion de la douleur devaient être communiqués à chaque quart de travail, lors du changement de poste.

Le responsable des mesures de prévention des chutes a confirmé qu'il avait survolé le tableau physique et qu'il n'avait pas réussi à trouver une copie de l'évaluation de la douleur sur une période de 72 heures qui aurait dû être réalisée pour la personne résidente après la chute de cette dernière. Également, il a reconnu qu'une évaluation de la douleur aurait dû être réalisée lors de la réadmission après le séjour à l'hôpital, car il s'agissait d'un changement.

En n'évaluant pas la douleur de la personne résidente au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément à cette fin, quand la douleur n'était pas apaisée avec les interventions initiales, le titulaire de permis exposait la personne résidente à un risque de préjudice physique et de souffrance continuelle entraîné par le retard du traitement.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente, politique sur l'évaluation et la gestion de la douleur, entretiens. [741721]

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

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 004 Foyer, milieu sûr et sécuritaire

Problème de conformité n° 028 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de l'article 5 de la *LRSLD* (2021)

Foyer, milieu sûr et sécuritaire

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

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

Plus particulièrement, le titulaire de permis doit :

1) Mettre en place un processus qui appuie sa politique en matière de prévention des errances et des fugues, ce qui comprend des vérifications pour s'assurer que le bracelet fonctionne correctement.

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

Conserver un dossier documenté du processus et des personnes responsables; mettre ce dernier à la disposition de l'inspectrice immédiatement sur demande.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer soit un milieu sûr et sécuritaire pour ses personnes résidentes.

Justification et résumé

Un RIC a été soumis au directeur pour signaler un incident survenu entre deux personnes résidentes.

Le programme de soins écrit de la personne résidente indiquait que cette dernière portait un bracelet WanderGuard afin d'assurer la sécurité. Le programme de soins indiquait que des vérifications devaient être effectuées à chaque quart de travail pour s'assurer du bon fonctionnement du bracelet.

Le système WanderGuard au foyer de soins de longue durée consistait en un bracelet de sécurité placé sur les personnes résidentes présentant un risque de fugue. Le bracelet verrouillait automatiquement la porte de l'entrée principale et déclenchait l'alarme pour alerter le personnel que la personne résidente se trouvait à proximité de la porte.

La directrice adjointe des soins aux résidents a mentionné que le gestionnaire des services environnementaux était responsable de la surveillance du système WanderGuard.

Le gestionnaire des services environnementaux a indiqué qu'il avait effectué des vérifications pour s'assurer que le système WanderGuard fonctionnait à la porte en utilisant un bracelet pour déclencher le système. C'était une vérification effectuée par le système des soins d'entretien chaque semaine. Le gestionnaire des services environnementaux a indiqué qu'il n'avait pas la responsabilité de s'assurer du fonctionnement du bracelet lui-même, que cette responsabilité incombait au service des soins infirmiers.

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 IA a indiqué qu'il n'y avait pas de procédure et qu'elle n'avait pas la responsabilité de vérifier ou de surveiller le bracelet WanderGuard de la personne résidente.

Une PSSP a mentionné que le rôle d'une PSSP pour une personne résidente portant un bracelet WanderGuard était de rediriger cette dernière lorsque celle-ci se trouvait près de la porte.

Lors d'un entretien avec la directrice des soins, celle-ci a indiqué que les bracelets fonctionnaient avec des piles.

La politique du titulaire de permis en matière de prévention des errances et des fugues indiquait que tous les dispositifs de sécurité et alarmes devaient être vérifiés à chaque quart de travail pour s'assurer de leur bon fonctionnement. Les instructions du fabricant comprenaient la fréquence à laquelle la bande devrait être remplacée et indiquaient que l'utilisation prolongée d'une bande pouvait entraîner de fausses alarmes. Les instructions indiquaient également que l'acheteur ou l'utilisateur devait suivre les consignes d'installation et d'utilisation du produit et tester le produit et l'ensemble du système au moins une fois par semaine.

En ne veillant pas à ce qu'il y ait un milieu sûr et sécuritaire pour les personnes résidentes en mettant en place une procédure de vérification à chaque quart de travail pour s'assurer du bon fonctionnement du système WanderGuard, les personnes résidentes présentaient un risque élevé de fugue.

Sources : Programme de soins de la personne résidente, Soins aux personnes atteintes de démence : politique en matière de prévention des errances et des fugues pour les soins de longue durée; entretien avec le personnel [741831]

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

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 005 Programme de soins

Problème de conformité n° 029 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : du paragraphe 6 (7) de la *LRSLD* (2021)

Programme de soins

Paragraphe 6 (7) Le titulaire de permis veille à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis au résident, tel que le précise le programme.

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'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, au minimum :

- 1) Élaborer et implanter un protocole écrit pour la surveillance régulière de l'oxygénothérapie utilisée pour les personnes résidentes affectées. Le protocole doit comprendre, entre autres, la vérification de la configuration du débit d'oxygène conformément à la prescription du médecin, la vérification du niveau de remplissage du réservoir portatif, la vérification du positionnement et de la perméabilité des tubes et le moment des vérifications dans le programme de soins de la personne résidente et les tâches de PointClickCare (Point of Care), afin de tenir compte des besoins individuels en fonction de facteurs de risque relevés tels qu'une déficience cognitive, de l'oxygène à débit continu, etc.
- 2) Donner aux PSSP et au personnel infirmier autorisé une formation sur le nouveau protocole de surveillance de l'oxygène. Conserver un registre du contenu de la formation, une liste des membres du personnel qui ont reçu la formation et les signatures indiquant le moment où la formation a été donnée et indiquant que les membres ont compris le contenu.
- 3) Vérifier si le personnel respecte le nouveau protocole de surveillance de l'oxygène dans les trois semaines suivant son implantation. Analyser les renseignements recueillis dans le cadre de la vérification afin de déterminer si le personnel respecte le protocole; consigner les mesures correctives prises, si nécessaire.
- 4) Conserver un registre de tous les éléments ci-dessus; mettre ce dernier à la disposition des inspectrices immédiatement sur demande.

Motifs

1. Le titulaire de permis n'a pas fourni de thérapie à une personne résidente tel qu'il était prescrit dans le programme de soins de cette dernière.

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

On a observé une personne résidente recevant un traitement mal appliqué. Lorsqu'une PSSP s'est approchée de la personne résidente, elle s'est rendu compte de la situation et a corrigé la manière dont le traitement était appliqué.

On a observé une autre PSSP qui aidait la personne résidente dans sa thérapie et qui a mentionné à sa collègue que quelque chose n'allait pas lorsqu'elle est sortie de la chambre de la personne résidente.

Lorsqu'on l'a interrogé à propos de la plainte faite par un mandataire spécial portant sur des incidents similaires observés, plus précisément lorsque la famille de la personne résidente a signalé qu'elle avait constaté du matériel obstrué lors de la thérapie et mentionné que la personne résidente avait des symptômes, un membre du personnel autorisé ne se souvenait pas que cette dernière avait ces symptômes. Toutefois, le membre du personnel se souvenait d'avoir évalué la personne résidente et a indiqué qu'il était normal que cette dernière présente parfois les symptômes mentionnés, compte tenu de son diagnostic. Le membre du personnel autorisé a admis qu'il avait rappelé au personnel du moment d'être au fait de l'équipement thérapeutique de la personne résidente. Il a décrit qu'il y avait constamment des problèmes avec le mécanisme de l'équipement, étant donné que certaines pièces d'équipement n'étaient pas compatibles.

Une PSSP a confirmé que le personnel avait éprouvé une certaine confusion avec le nouvel équipement, étant donné que celui-ci comportait un plus grand nombre d'étapes que l'ancien équipement. La PSSP a reconnu que réaliser les vérifications de l'équipement aux moments prévus pouvait être difficile lorsque l'équipe manquait de personnel, notamment les fins de semaine, et qu'elle avait eu de la difficulté à joindre tout le monde. Lorsqu'on l'a interrogée à propos d'un plan de secours quand il manquait de personnel, elle a répondu qu'il n'y en avait pas vraiment, qu'elle tentait de faire de son mieux.

Une PSSP a confirmé que de l'équipement de différentes tailles (petits et gros) était encore utilisé dans l'établissement, et qu'elle avait eu des problèmes avec l'équipement de la personne résidente ce matin-là. Elle a mentionné qu'il y avait eu des préoccupations vis-à-vis de l'équipement de la personne résidente par le passé, où l'on utilisait l'ancien équipement, plus petit. Le foyer s'est donc procuré de l'équipement plus gros.

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 générale a confirmé que des séances de formation en cours avaient été données lors du passage au nouvel équipement, mais que, lors des vérifications ponctuelles, il y avait encore quelques pièces d'équipement qui étaient mal configurées. Le personnel disait que l'équipement était compliqué à utiliser.

Après que le foyer a reçu une plainte concernant la thérapie prescrite par les mandataires spéciaux, le programme de soins a été mis à jour de manière à inclure des vérifications aux deux heures, pour s'assurer que l'équipement n'est pas obstrué et fonctionne bien.

Le RIC indiquait deux mesures correctives ayant été prises en réponse à la plainte relative à la thérapie de la personne résidente : 1) Les PSSP devaient s'enregistrer à la fois dans PointClickCare (Point of Care) et sur la feuille se trouvant dans la chambre de la personne résidente pour la visibilité pour la famille; 2) le personnel autorisé devait surveiller la réalisation des vérifications de la thérapie aux deux heures à chaque quart de travail. Ni l'une ni l'autre de ces mesures n'étaient appliquées systématiquement : le personnel autorisé effectuait uniquement les vérifications de l'évaluation et la documentation électronique de l'application Point of Care des vérifications de la thérapie aux deux heures effectuées par les PSSP était, entre autres, incomplète (il y avait un intervalle d'environ 72 heures sans documentation).

En ne veillant pas à ce qu'une thérapie soit fournie à une personne résidente tel qu'il était prescrit dans les soins présentés dans le programme de soins, le titulaire de permis a exposé la personne résidente à un risque de préjudice physique et de complications médicales résultant d'une thérapie compromise.

Sources : RIC; observations de la thérapie et dossiers cliniques de la personne résidente, plainte écrite, entretiens avec le personnel. [741721]

2. Le titulaire de permis n'a pas fourni de thérapie aux personnes résidentes n° 007 et n° 008 tel qu'il était prescrit dans leur programme de soins.

Justification et résumé

On a observé une IA en train d'ajuster un équipement thérapeutique pour la personne résidente n° 008. L'IA a confirmé que l'équipement était mal monté.

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

Après avoir été appelée pour voir l'équipement thérapeutique de la personne résidente n° 007, une IA a confirmé que l'équipement ne fonctionnait pas. L'IA est allée chercher une PSSP pour informer cette dernière que l'équipement devait être remplacé. L'IA a expliqué que la personne résidente suivait une thérapie continue et qu'elle en avait absolument besoin, en mentionnant que sans cette dernière, la personne résidente manifesterait des symptômes, compte tenu de son diagnostic. L'IA a indiqué que le manque de thérapie était plus fréquent qu'il ne le devrait, que c'était chose courante, en mentionnant que certains membres du personnel avaient besoin de plus de rappels que d'autres. L'IA a reconnu que le foyer devait élaborer une procédure de sorte que l'équipement thérapeutique ne soit pas trouvé dans un état où il ne fonctionne pas ou avec la mauvaise configuration.

La directrice générale a confirmé que des séances de formation en cours avaient été données lors du passage au nouvel équipement, mais en ajoutant que des vérifications ponctuelles avaient relevé quelques équipements mal configurés. Elle a mentionné que le personnel avait dit que l'équipement était compliqué à utiliser.

En ne veillant pas à ce que la thérapie soit fournie aux personnes résidentes n° 007 et n° 008, tel qu'il était prescrit dans les soins présentés dans le programme de soins, le titulaire de permis a exposé les personnes résidentes à un risque de préjudice physique et de complications médicales résultant d'une thérapie compromise.

Sources : Observations des personnes résidentes n° 007 et n° 008, programme de soins de la personne résidente n° 007, entretiens avec le personnel. [741721]

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

(A1)

La ou les non-conformité(s) suivante(s) a/ont été modifiée(s) : NC n° 30

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 006 Facilitation des selles et soins liés à l'incontinence

Problème de conformité n° 030 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de l'alinéa 56 (2) g) du Règl. de l'Ont. 246/22

Facilitation des selles et soins liés à l'incontinence

Paragraphe 56 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

g) les résidents qui ont besoin de produits pour incontinence disposent d'assez de produits de rechange pour demeurer propres et au sec et se sentir en confort;

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, au minimum :

- 1) Élaborer et implanter un protocole pour s'assurer que le Kardex et les programmes de soins de la personne résidente n° 003 comprennent des directives détaillées à l'intention du personnel pour les vérifications et les remplacements des produits pour incontinence, de manière à ce que la personne résidente demeure propre et au sec et se sente en confort.
- 2) Élaborer et implanter un protocole pour la planification des vérifications de l'incontinence, adapté aux besoins de la personne résidente n° 003, ce qui comprend de la documentation indiquant l'heure exacte à laquelle la personne résidente a été changée.
- 3) La directrice des soins ou une personne désignée de la direction des soins infirmiers doit donner une formation sur les protocoles ci-dessus et les politiques connexes aux PSSP et au personnel autorisé qui prodiguent des soins à la personne résidente n° 003. Conserver un registre du contenu de la formation, avec les signatures des membres du personnel confirmant la date à laquelle ces derniers ont reçu la formation; fournir le registre aux 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) Après la formation, effectuer une vérification pour déterminer si le personnel respecte les interventions du programme de soins/Kardex se rapportant aux vérifications de l'incontinence et aux changements de la personne résidente qui dépend de produits pour incontinence, une fois par semaine, sur une période de 24 heures, durant trois semaines consécutives. Analyser les résultats des vérifications et sensibiliser ou apporter des mesures correctives, si nécessaire, en fonction des résultats. Conserver un registre de la vérification et des mesures prises, y compris les dates; fournir le registre aux inspectrices immédiatement sur demande.

Motifs

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente se fasse remplacer son produit pour incontinence assez souvent pour demeurer propre et au sec et se sentir en confort.

Justification et résumé

Un mandataire spécial a déposé une plainte lorsqu'il avait des préoccupations vis-à-vis de la manière dont le foyer gère les comportements réactifs de la personne résidente n° 010 sur le plan des soins liés à l'incontinence.

Une PSSP se souvenait que la personne résidente refusait de recevoir bon nombre de soins, qu'il était surtout difficile d'aider cette dernière pour les soins personnels. Elle lui demandait cinq ou six fois le soir pour avoir une idée de son humeur. C'est le retrait des vêtements qui déclenchait les comportements. Parfois, la PSSP faisait une tentative avec un autre membre du personnel ou d'autres interventions établies. Il arrivait que le membre du personnel parvienne à fournir les soins. La PSSP a confirmé que l'intervention « arrêter et partir » était très souvent inefficace : elle abordait de nouveau la personne résidente toutes les 30 à 45 minutes et celle-ci finissait par être l'une des dernières personnes à recevoir les soins. Après les refus de soins au cours de la soirée, la PSSP laissait la personne résidente s'endormir dans son fauteuil inclinable jusqu'à l'arrivée du personnel du quart de soir, puis transférait la personne résidente dans le lit et lui prodiguait les soins. Elle a confirmé que le produit pour incontinence se répandait sur le fauteuil inclinable et sur les vêtements de la personne résidente environ une fois par semaine. Elle a décrit que la personne résidente manifestait des comportements réactifs accrus lorsqu'elle était amenée aux toilettes. Ainsi, elle ne faisait que proposer et utilisait un produit pour

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

incontinence la majeure partie du temps. La PSSP a confirmé qu'il n'y avait pas de calendrier établi pour les remplacements de produits, que le personnel devait consigner électroniquement dans PointClickCare (Point of Care) le moment où les soins liés à l'incontinence avaient été donnés.

L'ancien responsable du Projet OSTC a confirmé que le comportement principal de la personne résidente était le refus de recevoir des soins, en ajoutant qu'il avait mis en place deux membres du personnel pour les soins (un pour distraire la personne résidente et un autre pour fournir les soins), même si cela n'était pas inclus dans le programme de soins.

Le Kardex ne renfermait aucune directive à l'intention des PSSP se rapportant à la toilette et aux soins liés à l'incontinence de la personne résidente.

Le programme de soins destiné au personnel autorisé renfermait des renseignements contradictoires au chapitre des soins liés à l'incontinence.

Dans le programme de soins, il était indiqué que le comportement réactif portait sur un refus de recevoir des soins occasionné par une déficience cognitive. Une intervention consistait à laisser la personne résidente et à s'approcher de nouveau de cette dernière après 15 minutes (arrêter et partir). Toutefois, le personnel attendait plus longtemps avant de s'approcher de nouveau et l'intervention de type « arrêter et partir » était généralement inefficace.

La documentation électronique de l'application Point of Care portant sur les six semaines ayant précédé le transfert à l'hôpital montrait que la personne résidente s'était opposée à recevoir des soins à 25 reprises. Sous la rubrique de l'incontinence, il y avait des occurrences de refus de recevoir des soins. Au cours de la même période, le personnel autorisé consignait également dans les notes d'évolution les incidents liés à un comportement au moyen d'une approche de type « arrêter et partir ».

Une évaluation de l'incontinence a démontré que la détérioration des fonctions cognitives/démence et le refus de collaborer étaient les principales raisons qui faisaient que l'incontinence de la personne résidente ne pouvait pas s'améliorer.

En ne veillant pas à ce que la personne résidente se fasse remplacer son produit pour incontinence assez souvent pour demeurer propre et au sec et se sentir en

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

confort, le titulaire de permis a exposé la personne résidente à un risque de rupture de l'épiderme et d'isolement social, en raison de l'humidité et de l'odeur.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente n° 010 et entretiens avec le personnel. [741721]

2 Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne résidente n° 003 se fasse remplacer son produit pour incontinence assez souvent pour demeurer propre et au sec et se sentir en confort.

Justification et résumé

Des photos jointes à une plainte écrite du mandataire spécial montraient une flaque de liquide (de l'urine) sur l'appareil fonctionnel de la personne résidente n° 003.

Une PSSP a expliqué qu'elle devait amener la personne résidente à la salle de bain toutes les deux heures, vérifier les sous-vêtements de cette dernière et remplacer ceux-ci s'ils étaient mouillés. Normalement, la personne résidente était continente et elle utilisait la toilette lorsqu'on l'amenait à la salle de bain. La PSSP a reconnu que les PSSP devaient consigner les vérifications aux deux heures sur papier et dans le registre électronique de PointClickCare (Point of Care). Elle a mentionné que la consignation sur papier était plus fiable que l'enregistrement électronique, car l'enregistrement dans l'application Point of Care se faisait plus tard, au moment où elle s'assoit pour remplir son tableau. La PSSP a confirmé qu'il pouvait être difficile de réaliser les vérifications de l'incontinence aux deux heures aux moments prévus, notamment les fins de semaine, lorsque l'équipe manquait de personnel, et qu'elle avait eu de la difficulté à joindre tout le monde. Elle a admis qu'elle prenait facilement du retard, mais qu'elle faisait de son mieux.

Une infirmière du personnel autorisé ne se souvenait pas d'avoir fait la consignation, mais se rappelait que la famille de la personne résidente l'avait informée, qu'elle avait rendu visite à la personne résidente durant deux heures et que personne n'était venu pour effectuer une vérification de l'incontinence. Ensuite, l'infirmière du personnel autorisé a abordé une PSSP pour lui demander pourquoi elle n'avait pas été dans la chambre. La PSSP a répondu qu'elle ne voulait pas déranger la visite. L'infirmière du personnel autorisé se souvenait qu'elle avait informé la PSSP que les vérifications avaient pour but de s'assurer que la personne résidente est au sec. Ensuite, l'infirmière du personnel autorisé a fait un suivi auprès de la famille et a

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

informé cette dernière qu'elle avait indiqué à la PSSP que le personnel devait se rendre dans la chambre aux deux heures pour effectuer les vérifications même s'il y avait une visite de la famille.

Une infirmière du personnel autorisé a confirmé que l'horaire de la toilette de la personne résidente de la PSSP était toutes les deux heures, et qu'il pouvait être difficile de respecter cet horaire lorsqu'il manquait de personnel. Ça pouvait être un moins fréquemment, mais elle effectuait la vérification quand elle le pouvait. L'infirmière a reconnu que le manque de personnel demeurait problématique, car cela comporte un risque pour les personnes résidentes, et ces dernières ne recevaient pas les soins adéquats.

Un examen hebdomadaire de la fiche des vérifications de l'incontinence aux deux heures de la personne résidente n'a révélé aucune entrée pour l'après-midi de la deuxième journée et pour le reste de la semaine.

Quand le mandataire spécial a décrit la fois où il a trouvé la personne résidente avec des sous-vêtements trempés d'urine et des excréments débordant de l'arrière des pantalons, il a signalé qu'on l'avait informé qu'il n'y avait pas assez de personnel pour s'occuper de la personne résidente et qu'il a constaté qu'il y avait, sur la fiche de signatures, un retard d'une demi-heure par rapport au calendrier des vérifications et des changements aux deux heures.

Conformément au RIC, la directrice des soins a confirmé que le personnel fournissait des soins à d'autres personnes résidentes dont les besoins étaient plus urgents que ceux de la personne résidente. Elle a signalé que, parfois, les besoins de soins de l'étage pouvaient nécessiter que les soins soient fournis un peu plus tard. En comparant le RIC à la lettre de plainte, on a constaté que les heures des incidents ayant fait l'objet d'une enquête par la directrice des soins n'étaient pas les mêmes et que le rapport n'indiquait pas que l'enquête avait révélé que la fiche de signatures aux deux heures avait été signée par une PSSP qui remplissait le tableau pour un collègue et qui ne savait pas si la vérification et le changement avaient été effectués.

À une autre date, quand la famille a constaté que la personne résidente portait deux couches de sous-vêtements, la PSSP a entré seulement deux vérifications dans le registre électronique des soins de l'application Point of Care pour cette date, alors qu'il devrait y en avoir eu toutes les deux heures. Quand le foyer a enquêté sur

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'incident, le personnel a nié qu'il mettait deux couches de sous-vêtements à la personne résidente. Toutefois, cette dernière était incapable de s'habiller seule.

Le registre électronique de la toilette sur une période de 14 jours inclus dans la trousse d'enquête du RIC du foyer ne montrait pas de toilette/changement de sous-vêtements aux deux heures et la plupart des entrées affichaient une aide d'une personne, ce qui n'est pas conforme au programme de soins, qui indiquait que la personne résidente avait besoin de l'aide de deux personnes.

La consignation des vérifications de l'incontinence aux deux heures continue d'être non conforme, comme le montre la documentation électronique de l'application Point of Care, dont les entrées ne concordent pas avec les vérifications consignées à la main sur papier pour les mêmes dates.

En ne veillant pas à ce que la personne résidente se fasse remplacer son produit pour incontinence assez souvent pour demeurer propre et au sec et se sentir en confort, le titulaire de permis a exposé la personne résidente à un risque de rupture de l'épiderme et d'isolement social, en raison de l'humidité et de l'odeur.

Sources : RIC, dossiers cliniques de la personne résidente n° 003, entretiens avec le personnel. [741721]

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

**ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 007 Responsable désigné :
entretien ménager, services de buanderie et services d'entretien**

Problème de conformité n° 031 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de l'alinéa 98 (2) a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Responsable désigné : entretien ménager, services de buanderie et services d'entretien

Paragraphe 98 (2) Le titulaire de permis veille à ce que le responsable désigné possède les compétences, les connaissances et de l'expérience pour occuper son poste, notamment :

a) une connaissance des pratiques fondées sur des données probantes et, s'il n'en existe aucune, des pratiques couramment admises en matière d'entretien ménager, de buanderie et d'entretien, selon le cas;

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'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, au minimum :

- 1) Le directeur exécutif ou une personne désignée de l'organisation doit donner au gestionnaire des services environnementaux une formation sur leur rôle et leurs responsabilités au sein du foyer.
- 2) Le directeur exécutif ou une personne désignée de l'organisation doit donner au gestionnaire des services environnementaux une formation sur les lois propres aux services d'entretien, aux services de buanderie et aux programmes d'entretien ménager.
- 3) Le gestionnaire des services environnementaux doit compléter avec succès les six « Modules de formation en ligne – La prévention et le contrôle des infections (PCI) pour le nettoyage de l'environnement dans le milieu des soins de santé » préparés par Santé publique Ontario.
<https://www.publichealthontario.ca/fr/health-topics/infection-prevention-control/environmental-cleaning/ec-settings>
- 4) Conserver les registres de la formation, ce qui comprend son contenu, la manière dont la formation a été donnée, le nom du formateur et les dates.
- 5) Conserver les certificats d'achèvement des six modules en ligne, comme il est indiqué au point 3 ci-dessus.
- 6) Le gestionnaire des services environnementaux doit passer en revue les « Pratiques exemplaires de nettoyage de l'environnement en vue de la prévention et du contrôle des infections dans tous les milieux de soins de santé », 3^e édition, Toronto (Ontario), Queen's Printer for Ontario, 2018, du Comité consultatif provincial des maladies infectieuses de l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Après avoir passé en revue les pratiques, signer pour indiquer que cela a été fait, en consignant la date du passage en revue.
- 7) Le gestionnaire des services environnementaux doit passer en revue le plan de contrôle des éclosions du foyer avec le coordonnateur de la PCI, en conservant le registre du passage en revue signé et daté.

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

8) Fournir des copies de ce qui précède aux inspectrices immédiatement sur demande.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le gestionnaire des services environnementaux ait les compétences, les connaissances et l'expérience nécessaires pour assumer son rôle, notamment une connaissance des pratiques fondées sur des données probantes, sinon une connaissance des pratiques courantes de l'entretien ménager.

Justification et résumé

Le gestionnaire des services environnementaux a démontré que ses compétences et ses connaissances au chapitre des pratiques exemplaires de nettoyage étaient limitées lorsqu'il a confirmé que ses études et sa formation n'avaient pas de lien avec son poste actuel. De plus, il n'avait jamais vu le document d'orientation provincial « Pratiques exemplaires de nettoyage de l'environnement en vue de la prévention et du contrôle des infections dans tous les milieux de soins de santé ». Il a admis qu'il n'avait jamais entendu parler de la stratification des risques, ce qui est devenu évident lorsqu'il a confirmé que les chambres d'isolement n'étaient pas nettoyées deux fois par jour et que les membres du personnel d'entretien ménager n'avaient pas pour consigne d'attendre jusqu'à la fin de la journée avant de nettoyer la totalité de ces chambres, afin de ne pas alterner entre une chambre d'isolement et une chambre autre.

Lors d'une poussée de maladie respiratoire survenue au foyer, le gestionnaire des services environnementaux a démontré un manque de compétences lorsque lui et les membres du personnel d'entretien ménager n° 125 et n° 143 n'étaient pas au courant des protocoles de nettoyage en cas d'écllosion décrits dans les politiques du foyer, « Standard Cleaning and Disinfecting in a Healthcare Environment », et le « Outbreak Playbook ».

Le membre du personnel d'entretien ménager n° 125 a démontré qu'il utilisait un désinfectant/nettoyant standard à base de peroxyde pour nettoyer la chambre

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

« ordinaire » d'une personne résidente, confirmant ainsi qu'il utilisait le désinfectant agissant en une minute uniquement pour les chambres d'isolement.

Le membre du personnel d'entretien ménager n° 143 a décrit qu'il nettoyait les chambres d'isolement une fois par jour, à la fin de son quart de travail.

Le gestionnaire des services environnementaux a envoyé un courriel au gestionnaire de district contractuel du foyer de Compass Canada/Marquise pour demander si une stratification des risques avait été effectuée pour Fenelon Court. Le gestionnaire de district a répondu en envoyant une politique générale intitulée « Standard Cleaning and Disinfecting in a Health care Environment », qui comportait une section en lien avec la stratification des risques, mais qui n'était pas une politique propre à Fenelon Court.

Le directeur exécutif a confirmé dans un courriel que le foyer suivait la politique de Marquise Hospitality, « Standard Cleaning and Disinfecting in a Healthcare Environment », qui enjoignait au personnel d'effectuer un nettoyage quotidien renforcé lors d'une éclosion, nettoyage comprenant un « nettoyage quotidien supplémentaire de précaution » suivi d'un nettoyage et d'une désinfection des surfaces fréquemment touchées des chambres des patients et des salles de toilette environ six à huit heures plus tard. Lors des observations et des entretiens, il a été confirmé que les membres du personnel ne suivaient pas la politique après le nettoyage des chambres d'isolement une fois par jour à la fin de leur quart de travail.

Le « Outbreak Playbook » du foyer, à la sous-section 3.11, enjoignait au gestionnaire des services environnementaux de remplacer le désinfectant/nettoyant standard à base de peroxyde par le produit prêt à l'emploi agissant en une minute. Cela n'était pas respecté, comme en témoigne l'observation du membre du personnel d'entretien ménager n° 125 qui utilisait le désinfectant/nettoyant standard à base de peroxyde dans les chambres des personnes résidentes « ordinaires » dans les zones d'éclosion.

En ne veillant pas à ce que le gestionnaire des services environnementaux ait les compétences, les connaissances et l'expérience nécessaires pour assumer son rôle,

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

notamment une connaissance des pratiques fondées sur des données probantes, sinon une connaissance des pratiques courantes de l'entretien ménager, le titulaire de permis a exposé l'ensemble des personnes résidentes à un risque de maladie en lien avec la transmission d'infections associées aux soins de santé.

Sources : Observations des pratiques de nettoyage; politiques « Standard Cleaning and Disinfecting in a Healthcare Environment » et « Outbreak Playbook » du foyer; pratiques exemplaires provinciales; document « Pratiques exemplaires de nettoyage de l'environnement en vue de la prévention et du contrôle des infections dans tous les milieux de soins de santé »; entretiens avec le personnel. [741721]

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

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 008 Programme de prévention et de contrôle des infections

Problème de conformité n° 032 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

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

Programme de prévention et de contrôle des infections

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

b) les normes ou protocoles que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 102 (2).

– conformément à la *Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée* révisée pour la dernière fois en septembre 2023.

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, au minimum :

1) Le foyer doit faire appel au coordonnateur de la PCI dans la planification et la prestation de la formation sur le nettoyage et la désinfection, formation portant notamment sur l'utilisation appropriée des désinfectants, le nettoyage des surfaces fréquemment touchées, le nettoyage quotidien et le nettoyage des salles d'éclosion, la fréquence et le calendrier du nettoyage basés sur une approche de stratification des risques et le plan de contrôle des éclosions 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) Donner une formation sur les sujets mentionnés ci-dessus au gestionnaire des services environnementaux et à tous les membres du personnel d'entretien ménager; conserver un registre du contenu de la formation et une liste des membres du personnel qui ont suivi la formation, avec leur signature pour indiquer qu'ils ont reçu la formation et qu'ils ont compris le contenu.
- 3) Le gestionnaire des services environnementaux (ou son délégué) doit vérifier si les membres du personnel d'entretien ménager respectent les protocoles de nettoyage et de désinfection dans le cadre de ses vérifications hebdomadaires et prendre des mesures correctives, si nécessaire, si une non-conformité est constatée. Conserver un registre des vérifications de la conformité du nettoyage; fournir le registre aux inspectrices immédiatement sur demande. Le gestionnaire des services environnementaux ou son délégué doit présenter et aborder les résultats des vérifications avec le Comité de la PCI lors des réunions trimestrielles et fournir une copie du procès-verbal aux inspectrices sur demande.
- 4) Le foyer doit faire en sorte que le désinfectant pour les mains à base d'alcool soit accessible aux fournisseurs de soins de santé dans chaque chambre des personnes résidentes. Le désinfectant doit être à portée de main, de manière à ce que les fournisseurs de soins de santé n'aient pas à quitter la zone des soins pour effectuer l'hygiène des mains au moment requis.
- 5) Le responsable de la PCI doit donner un recyclage individuel aux aides-résidents en soins n° 111, n° 122 et n° 118, et à la PSSP n° 136, portant sur l'utilisation appropriée de l'équipement de protection individuelle (EPI), notamment le port adéquat du masque, et observer individuellement les techniques d'enfilage et de retrait à l'entrée de porte de la chambre d'une personne résidente faisant l'objet de mesures de précaution supplémentaires. Consigner tout obstacle à l'enfilage et au retrait; prendre des mesures correctives, au besoin, afin de faciliter la conformité du personnel. Conserver un registre de la formation comprenant la date à laquelle la formation a été donnée et les mesures correctives prises (si nécessaire); fournir le registre aux inspectrices immédiatement sur demande.
- 6) Le responsable de la PCI ou la personne désignée doit effectuer des vérifications trois fois par semaine, lors des quarts de travail de jour et de soir, durant

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

trois semaines, en consignait la conformité du personnel dans l'aide à l'hygiène des mains des personnes résidentes avant les collations, analyser les résultats et prendre des mesures correctives si nécessaire. Conserver un registre des vérifications et des mesures prises; fournir le registre aux inspectrices immédiatement sur demande.

7) Le responsable de la PCI doit donner une formation à la PSSP n° 136 et à l'aide en récréologie n° 134 sur la nécessité de proposer et, au besoin, aider les personnes résidentes dans l'hygiène des mains avant les collations. Conserver la date à laquelle la formation a été donnée et la fournir aux inspectrices immédiatement sur demande.

Motifs

1. Le titulaire de permis n'a pas mis en place des procédures de nettoyage environnemental modifiées ou renforcées, conformément à la « Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée » (Norme de PCI), révisée pour la dernière fois en septembre 2023, plus précisément pour ce qui est de l'utilisation du désinfectant adéquat lors d'une éclosion déclarée, comme le prescrit l'exigence supplémentaire 9.1 (g) de la Norme.

Justification et résumé

Lors d'une visite d'une unité d'éclosion, le membre du personnel d'entretien ménager n° 125 a démontré qu'il utilisait le désinfectant/nettoyant standard à base de peroxyde et un nettoyant pour salle de bain pour nettoyer la chambre ordinaire d'une personne résidente. Le membre du personnel d'entretien ménager a confirmé que le désinfectant standard à base de peroxyde avait un temps de contact de trois minutes et que le produit désinfectant prêt à l'emploi utilisé pour les chambres touchées par une éclosion avait un temps de contact d'une minute.

Le gestionnaire des services environnementaux a confirmé que le produit désinfectant/nettoyant prêt à l'emploi à temps de contact d'une minute devait être utilisé dans toutes les chambres des personnes résidentes de l'unité d'éclosion Sturgeon, pas seulement les chambres d'isolement. Cette affirmation

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

confirmait que, conformément aux protocoles de nettoyage en cas d'éclosion du foyer, il était inapproprié que le membre du personnel d'entretien ménager utilise le désinfectant standard à base de peroxyde.

En ne veillant pas à ce que le bon désinfectant soit utilisé pour les procédures de nettoyage environnemental modifiées ou renforcées lors d'une éclosion, le titulaire de permis exposait les personnes résidentes à un risque de maladie en lien avec la transmission d'infections associées aux soins de santé.

Sources : Observation du nettoyage d'une chambre d'une personne résidente lors d'une éclosion, entretiens avec le personnel. [741721]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les surfaces soient nettoyées et désinfectées à la fréquence requise, comme l'établit une approche de stratification des risques, conformément à la « Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée » (Norme de PCI), révisée pour la dernière fois en septembre 2023. Plus précisément, les chambres de personnes résidentes faisant l'objet de mesures de précaution supplémentaires devaient être nettoyées deux fois par jour, comme le prescrit l'exigence supplémentaire 5.6 de la Norme.

Justification et résumé

Lors de deux entretiens distincts avec le gestionnaire des services environnementaux, ce dernier a admis qu'il n'avait jamais entendu parler de la stratification des risques et qu'il n'avait pas effectué la notation de la stratification des risques pour déterminer la fréquence du nettoyage pour les diverses zones du foyer. Il a cependant mentionné qu'il prévoyait le faire. Le gestionnaire des services environnementaux avait une connaissance limitée du nettoyage basé sur une approche de stratification des risques. Cela était manifeste lorsqu'il a confirmé que les chambres de personnes résidentes isolées (risque élevé) étaient nettoyées une fois, à la fin de chaque journée, de sorte que le personnel de l'entretien ménager n'ait pas à passer d'une chambre d'isolement à une chambre ordinaire.

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

Le membre du personnel d'entretien ménager n° 143 a décrit qu'il nettoyait les chambres d'isolement une fois par jour, à la fin de son quart de travail.

Après avoir été interrogé à propos de la stratification des risques, le gestionnaire des services environnementaux a envoyé un courriel au gestionnaire de district contractuel du foyer de Marquise Hospitality/Compass Canada pour demander si une stratification des risques avait été effectuée pour Fenelon Court. Le gestionnaire de district a répondu en envoyant une politique générale intitulée « Standard Cleaning and Disinfecting in a Health care Environment », qui comportait une section sur les types de nettoyage en lien avec la catégorie de risques associés, mais qui n'était pas une politique propre à Fenelon Court. Dans la rubrique « Additional Precaution Daily Clean » (nettoyage quotidien supplémentaire de précaution), la catégorie de risque était « élevé ». On y indiquait que, lors d'une éclosion, un nettoyage quotidien supplémentaire de précaution devait être effectué, suivi d'un nettoyage et d'une désinfection des surfaces fréquemment touchées des chambres de « patients » et des salles de toilette, environ six à huit heures plus tard. Le foyer n'a pas appliqué cette politique pour ses chambres de personnes résidentes faisant l'objet de mesures de précaution supplémentaires (chambres d'isolement), comme l'a confirmé l'entretien.

En ne veillant pas à ce que les surfaces soient nettoyées et désinfectées à la fréquence requise, comme l'établit une approche de stratification des risques, le titulaire de permis a exposé les personnes résidentes à un risque d'infections associées aux soins de santé découlant d'une transmission d'organismes infectieux par contact.

Sources : Courriel du gestionnaire de district de Marquise Hospitality; politique intitulée « Standard Cleaning and Disinfecting in a Health care Environment »; entretiens avec le personnel. [741721]

3. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'il y ait un accès facile aux agents d'hygiène des mains, qui comprennent un désinfectant pour les mains à base d'alcool à 70-90 %, conformément à la « Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée » (Norme de PCI), révisée pour la dernière fois en septembre 2023. Plus précisément, il doit y avoir un

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

désinfectant pour les mains à base d'alcool au point de service dans les chambres des personnes résidentes, à portée de main du personnel, comme le prescrit l'exigence supplémentaire 10.1 de la Norme.

Justification et résumé

Lors de la première visite du foyer, on a observé plusieurs chambres de personnes résidentes n'ayant pas de stations de désinfectant pour les mains à base d'alcool à la disposition du personnel et aux autres personnes fournissant des soins à proximité du point de service.

La coordonnatrice de la PCI a confirmé que le désinfectant pour les mains à base d'alcool n'était pas accessible depuis le chevet lors des soins personnels prodigués à une personne résidente, qu'il fallait faire plusieurs pas pour aller chercher le désinfectant pour l'hygiène des mains. Elle a reconnu que le désinfectant pour les mains à base d'alcool était principalement accessible à l'entrée des portes des chambres des personnes résidentes, en confirmant que la configuration était la même dans tout l'établissement.

Les directives en matière de pratiques exemplaires émises par Santé publique Ontario exigent que les milieux de soins placent le désinfectant pour les mains à base d'alcool à portée de la main lorsque des soins directs sont prodigués (point de service). Le point de service est décrit comme étant un emplacement où trois éléments convergent : la personne résidente, le fournisseur de soins de santé et les soins ou le traitement impliquant un contact avec la personne résidente. Le concept est utilisé pour déterminer l'emplacement des produits d'hygiène des mains de manière à ce que ces derniers soient facilement accessibles au personnel, en étant le plus proche possible (à portée de main depuis l'emplacement où se fait le contact avec la personne résidente). Les produits au point de service doivent être accessibles au fournisseur de soins de santé sans que ce dernier ait à quitter la zone de soins, afin que les produits puissent être utilisés au moment voulu. (Pratiques exemplaires d'hygiène des mains, 4^e édition [avril 2014]. Site Web de Santé publique Ontario, au publichealthontario.ca/fr/)

En ne mettant pas de désinfectant pour les mains à base d'alcool au point de service dans les chambres des personnes résidentes, à portée de la main du personnel, le titulaire de permis a exposé les personnes résidentes à un risque de préjudice, plus précisément à un risque de transmission d'infections découlant

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'une hygiène des mains négligée chez le personnel avant, pendant et après les soins prodigués à la personne résidente.

Sources : Observations de l'emplacement du désinfectant pour les mains à base d'alcool; « Pratiques exemplaires d'hygiène des mains », 4^e édition, de Santé publique Ontario; entretien avec le personnel. [741721]

4. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, au minimum, le personnel utilise correctement l'EPI, ce qui comprend la sélection, l'utilisation, le retrait et l'élimination appropriés, conformément à l'exigence supplémentaire 9.1 (d) de la « Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée » (Norme de PCI), révisée pour la dernière fois en septembre 2023.

Justification et résumé

Lors de la première visite du foyer, on a observé un aide-résident en soins portant un masque N95 sans protection oculaire qui était assis dans le corridor entre deux personnes résidentes qui n'avaient pas de masque. Quand on lui a demandé s'il portait l'EPI approprié, l'aide-résident en soins est parti et est allé remettre des lunettes protectrices.

On a observé un aide-résident en soins portant un masque chirurgical bleu sous le nez alors qu'il était assis sur une chaise à la porte d'entrée d'une chambre d'une personne résidente. L'aide-résident en soins se trouvait à plus de six pieds de la personne résidente. Cependant, la chambre était située dans une unité de soins des personnes résidentes qui exigeait le port d'un masque chirurgical pour les mesures de contrôle des éclosions.

La coordonnatrice de la PCI et l'inspectrice ont observé un autre aide-résident en soins assis dans un corridor de l'unité Balsam en train de boire une bouteille d'eau avec le masque sous le menton pendant une poussée de maladie respiratoire.

On a observé une PSSP placer un masque chirurgical bleu contaminé dans la poche de son uniforme avant d'enfiler un nouveau masque N95 afin d'entrer dans une chambre de personne résidente faisant l'objet de mesures de précaution supplémentaires. Lorsqu'elle est sortie de la chambre, la PSSP tenait dans ses mains le masque N95 contaminé et le nouveau masque chirurgical bleu. Elle a placé le masque chirurgical bleu propre sur son visage, puis a jeté le masque N95 utilisé

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

dans la poubelle se trouvant derrière la porte de la chambre de la personne résidente.

Un aide-résident en soins ne se souvenait pas d'avoir reçu une formation sur l'EPI et l'hygiène des mains. Il se souvenait seulement de ce qu'un aide-résident en soins doit faire et ne doit pas faire.

La coordonnatrice de la PCI a confirmé que l'aide-résident en soins ne respectait pas le protocole lorsqu'il plaçait son masque sous son menton. Elle a confirmé que tous les aides-résidents en soins mentionnés avaient reçu une formation sur les EPI, et a fourni leur registre signé.

La PSSP a reconnu qu'elle avait mis son masque chirurgical bleu contaminé dans sa poche quand elle avait remplacé ce dernier par le nouveau masque N95 avant d'entrer dans la chambre d'une personne résidente, ne voulant pas entrer dans la chambre pour utiliser la poubelle sans EPI. Elle a confirmé qu'elle aurait contaminé sa main en tenant à la fois le masque N95 contaminé et le masque chirurgical propre après être sortie de la chambre de la personne résidente, la poubelle dans le corridor n'étant pas accessible. Le panneau d'éclosion à l'entrée de chaque unité de soins des personnes résidentes indiquait que toute personne entrant devait porter un masque N95 et des lunettes protectrices en tout temps, conformément aux directives de Santé publique.

Les principales pratiques exemplaires pour l'EPI de la politique « Outbreak Playbook » du foyer (sous-section 7.4) enjoignent aux membres de l'équipe de respecter les exigences relatives à l'EPI, conformément aux directives en vigueur et/ou au PH/HA (Santé publique).

En ne veillant pas à ce que, au minimum, le personnel utilise correctement l'EPI, ce qui comprend la sélection, l'utilisation, le retrait et l'élimination appropriés, le titulaire de permis a exposé les personnes résidentes à un risque de contracter une infection associée aux soins de santé lors d'une poussée de maladie respiratoire.

Sources : Observations de l'utilisation de l'EPI, politique « Outbreak Playbook » du foyer, entretiens avec le personnel. [741721]

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

5. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les personnes résidentes reçoivent de l'aide pour l'hygiène des mains avant le service de collation, conformément à l'exigence supplémentaire 10.2 (c) de la « Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée » (Norme de PCI), révisée pour la dernière fois en septembre 2023.

Justification et résumé

On a observé une aide en récréologie et une étudiante en train de distribuer des friandises et des puddings à plusieurs personnes résidentes dans le solarium d'une zone du foyer des résidents. Aucune hygiène des mains n'était proposée aux personnes résidentes avant qu'elles reçoivent leur collation. Le même jour, lors d'une période de collation, on a observé une PSSP ne proposant pas l'hygiène des mains à une personne résidente avant de lui donner une boisson et une collation.

L'aide en récréologie a confirmé qu'elle aurait dû proposer l'hygiène des mains aux premières personnes résidentes avant de donner les collations. Elle a admis ne pas avoir mis de désinfectant pour les mains à base d'alcool dans le chariot de service qu'elle a utilisé alors que le foyer était touché par une éclosion.

Une PSSP a confirmé qu'il ne lui était pas revenu à l'esprit de proposer l'hygiène des mains à une personne résidente lors de la distribution des collations et a admis qu'on lui avait appris à le faire dans sa formation.

En ne veillant pas à ce que les personnes résidentes reçoivent de l'aide pour l'hygiène des mains avant le service de collation, le titulaire de permis les a exposées à un risque d'infections associées aux soins de santé découlant d'une transmission d'organismes infectieux par contact.

Sources : Observations de la distribution des collations aux personnes résidentes, entretiens avec le personnel. [741721]

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