

**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, 4e étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

## Rapport public

**Date d'émission du rapport :** 14 janvier 2025

**Numéro d'inspection :** 2025-1553-0001

**Type d'inspection :**

Incident critique  
Suivi

**Titulaire de permis :** Corporation du Comté de Northumberland

**Foyer de soins de longue durée et ville :** Golden Plough Lodge, Cobourg

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes :  
du 6 au 10 et les 13 et 14 janvier 2024.

L'inspection effectuée concernait :

- Suivi n° 2 – Ordre de conformité n° 002 découlant de l'inspection n° 2024-1553-0003, concernant la disposition 82 (2), Formation, de la *LRSLD* (2021), avec une date limite pour se conformer (DLC) fixée au 30 juillet 2024, frais de réinspection de 500 \$.
- Suivi n° 1 – Ordre de conformité n° 003 découlant de l'inspection n° 2024-1553-0004, concernant la disposition 82 (2) 10., Formation, de la *LRSLD* (2021), avec une DLC fixée au 20 décembre 2024.
- Suivi n° 1 – Ordre de conformité n° 001 découlant de l'inspection n° 2024-1553-0004, concernant la disposition 34 (1) 5., Protection contre certains cas de contention, de la *LRSLD* (2021), avec une DLC fixée au 1<sup>er</sup> novembre 2024.
- Suivi n° 1 – Ordre de conformité (priorité élevée) n° 002 découlant de l'inspection n° 2024-1553-0004, concernant la disposition 23 (2) c), Exigences en matière de refroidissement, du Règl. de l'Ont. 246/22, avec une DLC fixée au 29 novembre 2024.
- Deux inspections concernant de mauvais traitements d'ordre affectif présumés envers des personnes résidentes par le personnel.
- Une inspection concernant une allégation de soins inadéquats d'une personne résidente.
- Une plainte concernant un incident de négligence présumée envers une personne résidente par le personnel.
- Une plainte concernant de mauvais traitements présumés envers une personne résidente par le personnel.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

## Ordres de conformité délivrés antérieurement

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

Ordre n° 002 découlant de l'inspection n° 2024-1553-0003 relativement à la disposition 82 (2) de la LRSLD (2021)

Ordre n° 003 découlant de l'inspection n° 2024-1553-0004 relativement à la disposition 82 (2) 10 de la LRSLD (2021)

Ordre n° 001 découlant de l'inspection n° 2024-1553-0004 relativement à la disposition 34 (1) 5 de la LRSLD (2021)

Ordre n° 002 découlant de l'inspection n° 2024-1553-0004 relativement à la disposition 23 (2) c) du Règl. de l'Ont. 246/22

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

Prévention et prise en charge des soins de la peau et des plaies (Skin and Wound Prevention and Management)

Prévention et contrôle des infections (Infection Prevention and Control)

Foyer sûr et sécuritaire (Safe and Secure Home)

Prévention des mauvais traitements et de la négligence (Prevention of Abuse and Neglect)

Normes en matière de dotation, de formation et de soins (Staffing, Training and Care Standards)

Gestion des contentions/appareils d'aide personnelle (Restraints/Personal Assistance Services Devices (PASD) Management)

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### AVIS ÉCRIT : Documents

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

**Non-respect de : la disposition 6 (9) 1 de la LRSLD (2021).**

Programme de soins

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

1. La prestation des soins prévus dans le programme de soins.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la prestation des soins prévus dans le programme de soins soit documentée pour plusieurs jours.

Les documents dans Point of Care (POC) indiquaient qu'aucun document n'avait été saisi pour le retournement et le changement de position requis aux deux heures (Q2hrs) pour une personne résidente lors de différents quarts de travail pendant plus d'une semaine.

**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, 4e étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Le personnel a indiqué que la personne résidente aurait dû être retournée aux Q2hrs et que cela aurait dû être consigné dans le système POC.

**Sources :** Entretien avec le personnel; dossiers cliniques de la personne résidente.

## **AVIS ÉCRIT : Politique visant à promouvoir la tolérance zéro**

Problème de conformité n° 002 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD* (2021).

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

Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé au respect de sa politique écrite visant à promouvoir une tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes.

La disposition 2. (1) a) du Règlement de l'Ontario 246/22 définit les mauvais traitements d'ordre physique comme étant « l'usage de la force physique de la part d'une personne autre qu'un résident pour causer des lésions corporelles ou de la douleur ».

Un rapport d'incident critique a été soumis à la directrice ou au directeur, alléguant qu'un ou une membre du personnel avait été brusqué lors de la prestation des soins d'une personne résidente. L'administratrice a confirmé qu'après l'enquête interne, l'allégation a été attestée.

**Sources :** Entretien avec le personnel, documents d'enquête interne du foyer de SLD, dossiers cliniques de la personne résidente, politique du foyer de SLD.

## **AVIS ÉCRIT : Faire rapport au directeur dans certains cas**

Problème de conformité n° 003 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect de : la disposition 28 (1) 2 de la *LRSLD* (2021).**

Faire rapport au directeur dans certains cas

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

2. Les mauvais traitements infligés à un résident par qui que ce soit ou la négligence envers un résident de la part du titulaire de permis ou du personnel, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident.

**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, 4e étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une allégation de mauvais traitements d'une personne résidente par le personnel soit signalée à la directrice ou au directeur immédiatement.

Un rapport d'IC a été reçu par le directeur ou la directrice indiquant une allégation de mauvais traitement infligé à une personne résidente par le personnel. Les notes d'enquête du foyer indiquaient qu'un mauvais traitement d'ordre affectif présumé envers une personne résidente par le personnel avait été entendu par un ou une membre du personnel qui n'a pas signalé immédiatement l'incident à la direction. L'incident a été signalé au directeur ou à la directrice le lendemain.

Le directeur adjoint ou la directrice adjointe des soins infirmiers (DASI) du foyer a confirmé que le mauvais traitement présumé infligé à la personne résidente aurait dû être signalé immédiatement au directeur ou à la directrice.

**Sources :** Rapport d'IC, notes de l'enquête menée par le foyer, et entretien avec le ou la DASI du foyer.

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une négligence présumée envers personne résidente par le personnel soit immédiatement signalée au directeur ou à la directrice. Une personne résidente a exprimé des préoccupations à un ancien ou une ancienne membre du personnel et a allégué de la négligence de la part du personnel. Après l'achèvement d'une vérification interne, on a découvert qu'un rapport d'IC n'avait pas été soumis. Le rapport d'IC a alors été soumis à une date ultérieure.

**Sources :** Rapport d'IC; communication avec le personnel.

3. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un mauvais traitement présumé de la part du personnel soit immédiatement signalé au directeur ou à la directrice. Une personne résidente a exprimé une allégation de mauvais traitement de la part du personnel à un ancien ou une ancienne membre du personnel. Après l'achèvement d'une vérification interne, on a découvert qu'un rapport d'IC n'avait pas été soumis. Le rapport d'IC a alors été soumis à une date ultérieure.

**Sources :** Rapport d'IC; communication avec le personnel.

## **AVIS ÉCRIT : Système de communication bilatérale**

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

**Non-respect de : la disposition 20 a) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Système de communication bilatérale

20. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer soit doté d'un système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel qui réunit les conditions suivantes :

**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, 4e étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

a) il est aisément visible, accessible et utilisable par les résidents, le personnel et les visiteurs en tout temps;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le système de communication bilatéral entre les résidents et le personnel soit aisément accessible à une personne résidente. Une personne résidente était incapable d'atteindre sa sonnette d'appel lorsqu'elle avait besoin d'aide.

**Sources :** Rapport d'IC, entretien avec le personnel.

## **AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies**

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

**Non-respect de : la disposition 55 (1) 3 du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Soins de la peau et des plaies

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 les stratégies pour le transfert et les changements de position d'une personne résidente de façon à réduire et à prévenir les ruptures de l'épiderme soient mises en œuvre lorsque les documents de soins n'ont pas été remplis conformément à la politique du foyer.

Conformément à la disposition 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis est tenu de s'assurer que les politiques écrites élaborées pour le retournement et le changement de position soient respectées.

Plus précisément, les documents du dossier électronique de la personne résidente au foyer indiquaient que les personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP) doivent « documenter toutes les informations sur la prestation des soins pertinents dans Point of Care (POC) à la fin de leur quart de travail dans les dossiers individuels des personnes résidentes » [traduction].

Les dossiers dans POC indiquaient que plusieurs membres du personnel remplissaient les documents sur les soins pour le quart de travail entier au début du quart, avant que les soins aient eu lieu.

Le personnel a confirmé qu'il est attendu de documenter les tâches au fur et à mesure qu'elles sont réalisées ou à la fin du quart de travail, pas au début avant la réalisation des soins.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**

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

**Sources :** Entretien avec le personnel, dossiers cliniques de la personne résidente, politique du foyer de SLD.

## AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies

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

**Non-respect de : la disposition 55 (2) b) (i) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Soins de la peau et des plaies

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

b) le résident qui présente des signes d'altération de l'intégrité épidermique, notamment des ruptures de l'épiderme, des lésions de pression, des déchirures de la peau ou des plaies, à la fois :

(i) se fait évaluer la peau par une personne autorisée visée au paragraphe (2.1), au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour l'évaluation de la peau et des plaies.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel infirmier autorisé utilise un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour l'évaluation de la peau et des plaies lors de l'évaluation d'une personne résidente.

La personne résidente a été identifiée comme ayant une altération de l'intégrité épidermique. Les documents ont indiqué que les évaluations hebdomadaires de la peau et des plaies ont été réalisées. Toutefois, l'outil d'évaluation ne fournissait pas de description détaillée de la plaie ni de renseignements vitaux au sujet de son évolution.

**Sources :** entretiens avec le personnel; dossiers cliniques de la personne résidente.

## AVIS DE FRAIS DE RÉINSPECTION

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

Des frais de réinspection s'appliquent car il s'agit, au moins, de la deuxième inspection de suivi visant à déterminer la conformité à l'ordre ou aux ordres de conformité suivants en vertu de l'article 155 de la *LRS LD* (2021) et/ou de l'article 153 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée (LFS LD)* : Suivi n° 2 – Ordre de conformité n° 002 découlant de l'inspection n° 2024-1553-0003, concernant la disposition 82 (2), Formation, de la *LRS LD* (2021), avec une date limite pour se conformer (DLC) fixée au 30 juillet 2024.

Le titulaire de permis ne doit PAS payer des frais de réinspection au moyen d'une enveloppe pour 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, 4e étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

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