

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

## Rapport public initial

<b>Date d'émission du rapport :</b> 19 juin 2024	
<b>Numéro d'inspection :</b> 2024-1592-0001	
<b>Type d'inspection :</b> Plainte Incident critique Suivi	
<b>Titulaire de permis :</b> The Corporation of the City of Kawartha Lakes	
<b>Foyer de soins de longue durée et ville :</b> Victoria Manor Home for the Aged, Lindsay	
<b>Inspectrice principale / Inspecteur principal</b> Najat Mahmoud (741773)	<b>Signature numérique de l'inspectrice / Signature numérique de l'inspecteur</b>
<b>Autre inspectrice / Autre inspecteur</b> Sheri Williams (741748)	

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 8 au 10 et du 13 au 17 mai 2024

L'inspection concernait :

- Premier suivi de l'ordre de conformité (OC) n° 001, – alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, concernant la prévention et le contrôle des infections. Date d'échéance de mise en conformité : le 15 février 2023.
- Deux signalements en lien avec la prévention et le contrôle des infections.
- Une plainte en lien avec la prévention des mauvais traitements et de la négligence et les soins à une personne résidente.
- Deux signalements en lien avec la prévention des mauvais traitements et de la négligence.
- Trois signalements en lien avec la prévention des chutes.

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON 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° 001 de l'inspection n°2023-1592-0003 en lien avec l'alinéa 102 (2) b) du *Règl. de l'Ont. 246/22*, inspecté par Najat Mahmoud (741773)

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

- Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
- Prévention et gestion relatives aux soins de la peau et des plaies
- Gestion des médicaments
- Alimentation, nutrition et hydratation
- Prévention et contrôle des infections
- Prévention des mauvais traitements et de la négligence
- Prévention et gestion des chutes

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

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

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

#### **Non-respect : de la disposition 2 du paragraphe 28 (1) de la *LRSLD (2021)***

Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

Paragraphe 28 (1) Quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner que l'un ou l'autre des cas suivants s'est produit ou peut se produire fait immédiatement rapport 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, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne qui a des motifs raisonnables de soupçonner que de mauvais traitements ont été infligés à une personne résidente par quiconque et qu'ils ont entraîné un préjudice fasse immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et communique les renseignements sur lesquels ils sont fondés.

**Justification et résumé**

Un rapport d'incident critique a été soumis au directeur, faisant état de mauvais traitements infligés par le personnel à une personne résidente. Les notes d'enquête ont été examinées et ont révélé que l'incident s'était produit deux jours avant la soumission du rapport d'incident critique.

La directrice adjointe des soins n° 108 et la directrice générale ont déclaré que l'incident avait été signalé tardivement au directeur et que l'accusé avait continué à travailler dans la zone du foyer de la personne résidente. La directrice adjointe des soins n° 108 et la directrice générale ont également déclaré que la procédure des foyers de soins de longue durée consistait à signaler immédiatement les allégations de mauvais traitements et à mettre l'accusé en congé administratif pendant la durée de l'enquête.

Le fait que l'allégation de mauvais traitements n'ait pas été immédiatement signalée a augmenté le risque d'autres incidents, car le membre de l'équipe accusé a continué à fournir des soins.

**Sources :** Rapport d'incident critique, documents d'enquête interne du foyer de soins de longue durée, entretien avec la directrice adjointe des soins n° 108 et la directrice générale. [741773]

**AVIS ÉCRIT : Programme de soins**

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

**Non-respect : de la disposition 14 du paragraphe 29 (3) du Règl. de l'Ont. 246/22.**  
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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

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

14. Son état d'hydratation et les risques qu'il court en la matière.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins soit fondé sur une évaluation interdisciplinaire de l'état d'hydratation et des risques liés à l'hydratation d'une personne résidente.

**Justification et résumé**

Une plainte a été soumise au directeur concernant l'état d'hydratation d'une personne résidente.

Le programme de soins d'une personne résidente ne comprenait aucune indication (*focus*) sur l'hydratation avant son transfert à l'hôpital.

La diététiste professionnelle a reconnu que l'état d'hydratation et les risques ne figuraient pas dans le programme de soins de toutes les personnes résidentes du foyer et qu'ils n'étaient pris en compte qu'une fois qu'ils étaient reconnus comme présentant un risque élevé.

Le fait de ne pas s'assurer que le programme de soins d'une personne résidente est basé sur son état d'hydratation et sur les risques associés a entraîné un préjudice réel lorsque la personne résidente a été transférée à l'hôpital.

**Sources** : Plainte, dossiers cliniques de la personne résidente, entretien avec la diététiste professionnelle. [741748]

**AVIS ÉCRIT : Programmes de soins nutritionnels et d'hydratation**

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 74 (2) a) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Programmes de soins alimentaires et d'hydratation

Paragraphe 74 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les programmes comprennent ce qui suit :

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

a) l'élaboration et la mise en œuvre, en consultation avec un diététiste agréé faisant partie du personnel du foyer, de politiques et de marches à suivre ayant trait aux soins alimentaires, aux services de diététique et à l'hydratation;

Le titulaire de permis n'a pas respecté les politiques du foyer en matière de nutrition et d'hydratation en ce qui a trait à la consultation d'un diététiste, incluse dans le programme de nutrition et d'hydratation du foyer, pour une personne résidente.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis était tenu de veiller à ce que des politiques et des protocoles écrits soient élaborés pour le programme de soins alimentaires et d'hydratation et à ce qu'ils soient respectés. Plus précisément, le personnel n'a pas respecté la politique du foyer.

**Justification et résumé**

La politique du foyer stipule qu'il faut orienter la personne résidente vers la diététiste dans les cas suivants : perte de poids, ingestion insuffisante de liquides et d'aliments et divers problèmes de santé.

À des dates précises, une personne résidente a subi une perte de poids, a eu une ingestion insuffisante de liquides et d'aliments et présenté les divers problèmes de santé énumérés dans la politique du foyer.

L'examen des aiguillages et des évaluations de la personne résidente dans le dossier de santé électronique a révélé qu'aucun aiguillage vers la diététiste n'avait été fait par le personnel infirmier avant le transfert de la personne à l'hôpital.

La directrice adjointe des soins a déclaré que le foyer disposait d'une politique demandant au personnel infirmier d'orienter la personne résidente vers la diététiste pour de multiples raisons, y compris divers problèmes de santé, une diminution de l'ingestion d'aliments et de liquides et une perte de poids.

La diététiste professionnelle et la directrice des soins ont reconnu que le personnel infirmier n'avait pas fait de recommandations diététiques pour la personne résidente avant son hospitalisation.

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Il y a eu un risque réel pour la personne résidente, qui a dû être transférée à l'hôpital et hospitalisée pendant un mois.

**Sources :** Dossiers cliniques de la personne résidente, politique du foyer en matière d'aiguillage vers un diététiste ou le directeur des services diététiques, entretiens avec la directrice adjointe des soins, la diététiste professionnelle et la directrice des soins. [741748]

### **AVIS ÉCRIT : Programmes de soins nutritionnels et d'hydratation**

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

**Non-respect : de l'alinéa 74 (2) d) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Programmes de soins alimentaires et d'hydratation

Paragraphe 74 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les programmes comprennent ce qui suit :

d) un système de surveillance et d'évaluation de l'ingestion d'aliments et de liquides des résidents dont les risques liés à l'alimentation et à l'hydratation sont identifiés;

Le titulaire de permis n'a pas respecté le système de surveillance et d'évaluation de l'ingestion de liquides des personnes résidentes.

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'il existe un système de surveillance et d'évaluation de l'ingestion d'aliments et de liquides des personnes résidentes présentant des risques identifiés liés à l'alimentation et à l'hydratation, et ce système doit être respecté. Plus précisément, le personnel n'a pas respecté la politique du foyer.

### **Justification et résumé**

Une plainte a été déposée auprès du directeur concernant l'état d'hydratation d'une personne résidente qui avait été transférée à l'hôpital en raison d'un problème de santé.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

La politique du foyer exigeait que le personnel infirmier se réfère à l'indication (*focus*) sur l'hydratation dans le programme de soins pour connaître les objectifs et les approches de soins en matière d'hydratation. Elle indiquait également au personnel infirmier de surveiller de près les personnes résidentes qui présentent des changements inhabituels dans leur ingestion d'aliments ou de liquides et de les orienter vers la diététiste professionnelle ou vers le médecin ou l'infirmière praticienne en cas de changements inattendus, et de procéder à une évaluation de la déshydratation lorsqu'une personne résidente consomme moins de six portions ou présente des symptômes de déshydratation.

Le programme de soins d'une personne résidente ne comportait aucune indication (*focus*) sur l'hydratation avant son hospitalisation. Le programme de soins ne précisait pas de quantité de liquide comme objectif ni de risque de déshydratation.

L'ingestion de liquides de la personne résidente a été documentée à des dates précises comme se situant entre une quantité précise et une autre. Le personnel infirmier a noté que la personne résidente présentait des problèmes de santé et que les ordonnances du médecin indiquaient au personnel d'augmenter l'ingestion de liquides.

À une date précise, la personne résidente a été pesée et a présenté une perte de poids importante par rapport au mois précédent. Une note sur l'alimentation et l'hydratation rédigée par la diététiste professionnelle indiquait que les besoins estimés en liquide de la personne résidente étaient d'une quantité précise. Le programme de soins n'a pas été mis à jour pour communiquer ces besoins en liquides au personnel infirmier.

Un examen du dossier de santé électronique a révélé que le personnel infirmier n'avait pas aiguillé la personne résidente vers la diététiste professionnelle ou évalué la déshydratation lorsqu'elle avait consommé moins de portions que ce dont elle avait besoin ou qu'elle présentait une déshydratation.

Le personnel a indiqué que le foyer s'attendait à ce qu'une consultation diététique soit effectuée si la personne résidente ne mangeait pas ou ne buvait pas bien pendant trois jours. La diététiste professionnelle a indiqué que le personnel infirmier

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

devait consulter la diététiste en cas d'ingestion insuffisante de liquides et qu'il devait également procéder à une évaluation de la déshydratation en cas de signes de déshydratation, et elle a reconnu que le personnel infirmier n'avait procédé à aucun aiguillage ni à aucune évaluation de la déshydratation pour la personne résidente.

Le fait de ne pas s'assurer que des mesures de soutien infirmier et le système de surveillance de l'ingestion de liquides du foyer ont été mis en œuvre pour une personne résidente a entraîné un risque réel pour la personne résidente lorsqu'elle a été transférée à l'hôpital en raison d'une détérioration de son état de santé.

**Sources :** Plainte, dossier clinique de la personne résidente, politique du foyer en matière de surveillance de l'hydratation et de l'alimentation, entretiens avec le personnel et la diététiste professionnelle.  
[741748]

**AVIS ÉCRIT : Changements de poids**

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 1 de l'article 75 du Règl. de l'Ont. 246/22**

Changements de poids

Article 75. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les résidents dont le poids subit les changements suivants soient évalués au moyen d'une méthode interdisciplinaire et à ce que des mesures soient prises et les résultats évalués :

1. Un changement d'au moins 5 % du poids corporel survenu sur un mois.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente soit évaluée et à ce que des mesures soient prises lorsqu'elle a subi une perte de poids importante sur une période d'un mois.

**Justification et résumé**

Un rapport d'incident critique a été soumis au directeur concernant des allégations de négligence à l'égard d'une personne résidente.



**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Le registre du poids et des signes vitaux d'une personne résidente indiquaient qu'à une date précise, elle avait perdu beaucoup de poids par rapport au mois précédent.

La personne résidente a été pesée à nouveau et a confirmé qu'elle avait perdu beaucoup de poids par rapport au mois précédent.

La diététiste a demandé une nouvelle pesée et a confirmé que la personne résidente avait perdu beaucoup de poids en un mois.

La politique du foyer en matière de surveillance du poids demande au personnel de peser à nouveau immédiatement toute personne résidente présentant un écart de poids de 2 kg par rapport au mois précédent, et de signaler immédiatement les écarts à l'infirmière. La politique stipule que le personnel autorisé doit rechercher les causes potentielles de l'écart de poids, consulter la diététiste professionnelle si nécessaire et mettre à jour le programme de soins si besoin est, avec l'approbation et la notification du mandataire spécial.

L'examen des dossiers cliniques de la personne résidente n'a révélé aucune mention de perte de poids à la date indiquée, ni aucune mesure ou modification du programme de soins. Un aiguillage vers la diététiste en raison d'un changement de poids important en l'espace d'un mois n'a pas été effectué.

La directrice adjointe des soins a indiqué que le foyer s'attendait à ce qu'une demande de consultation diététique soit faite pour une perte de poids. La diététiste professionnelle et la directrice des soins ont reconnu que le foyer a pour politique de peser à nouveau immédiatement les personnes résidentes et de les orienter vers la diététiste en cas de changement de poids, mais que leur procédure consistait à attendre que toutes les pesées et nouvelles pesées soient terminées avant cette démarche.

Le fait de ne pas évaluer une personne résidente et de ne pas prendre de mesures pour remédier à sa perte de poids importante pendant un mois a constitué un risque réel pour la personne résidente lorsqu'elle a continué à perdre du poids et qu'elle a dû être transférée à l'hôpital pour y être soignée.

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

**Sources :** Rapport d'incident critique, politique du foyer en matière de surveillance du poids des personnes résidentes, dossier clinique de la personne résidente, entretiens avec la directrice adjointe des soins, la diététiste professionnelle et la directrice des soins. [741748]

**AVIS ÉCRIT : Avis : incidents**

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

**Non-respect : du paragraphe 104 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Avis : incidents

Paragraphe 104 (2) Le titulaire de permis veille à ce que le résident et son mandataire spécial, s'il en a un, soient avisés des résultats de l'enquête exigée en application du paragraphe 27 (1) de la Loi et ce, dès la fin de l'enquête.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le mandataire spécial de la personne résidente soit avisé des résultats de l'enquête exigée en application du paragraphe 27 (1) de la Loi dès la fin de l'enquête.

**Justification et résumé**

Un rapport d'incident critique a été soumis au directeur concernant des allégations de négligence formulées par le mandataire spécial lors d'une réunion sur les soins.

Un examen des notes d'enquête du foyer n'a pas permis d'établir que le mandataire spécial avait été informé de la fin de l'enquête et du fait que ses plaintes n'étaient pas fondées.

La directrice adjointe des soins et la directrice des soins ont déclaré qu'elles ne se souvenaient pas d'avoir communiqué les résultats de l'enquête du foyer au mandataire spécial et qu'elles avaient plutôt organisé une réunion hebdomadaire avec le mandataire spécial et la directrice adjointe des soins pour discuter de leurs inquiétudes.

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Le fait de ne pas avoir informé le mandataire spécial des résultats de l'enquête menée par le foyer sur sa plainte pour négligence a suscité la méfiance et l'inquiétude que d'autres incidents se produisent et ne soient pas traités rapidement.

**Sources** : Rapport d'incident critique, politique du foyer en matière de prévention des mauvais traitements et de la négligence envers les résidents, notes d'enquête du foyer, entretiens avec la directrice adjointe des soins et la directrice des soins. [741748]

### **AVIS ÉCRIT : Entreposage sécuritaire des médicaments**

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

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

Entreposage sécuritaire des médicaments

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

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les médicaments d'une personne résidente soient entreposés dans un endroit sûr et verrouillé.

### **Justification et résumé**

Un rapport d'incident critique a été soumis au directeur à la suite d'allégations de négligence envers une personne résidente.

Lors d'une observation dans la chambre d'une personne résidente, deux contenants de médicaments étiquetés au nom de la personne résidente ont été vus dans un panier d'articles de soins personnels à l'intérieur de la garde-robe de la personne résidente.

La politique du foyer relative aux aires d'entreposage des médicaments stipule que les médicaments doivent être entreposés dans un endroit sûr et verrouillé qui est

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

exclusivement utilisé pour l'entreposage des médicaments et des fournitures liées aux médicaments.

Le personnel et les directrices adjointes des soins ont reconnu que le foyer s'attend à ce que tous les médicaments soient conservés sous clé et en sûreté dans la salle ou le chariot de médicaments.

Le fait de ne pas s'assurer que les médicaments d'une personne résidente sont conservés dans un endroit sûr présente un risque pour les personnes résidentes de consommer ou d'utiliser des médicaments de manière dangereuse.

**Sources :**

Rapport d'incident critique, observations, politique du foyer relative aux aires d'entreposage des médicaments, entretiens avec le personnel, les directrices adjointes des soins et la directrice des soins. [741748]

**AVIS ÉCRIT : Destruction et élimination des médicaments**

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

**Non-respect : du sous-alinéa 148 (1) d) (i) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Destruction et élimination des médicaments

Paragraphe 148 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que, dans le cadre du système de gestion des médicaments, soit élaborée au foyer une politique écrite qui prévoit le recensement, la destruction et l'élimination continus de ce qui suit :

d) les médicaments d'un résident si, selon le cas :

(i) le prescripteur traitant du résident ordonne que cesse l'utilisation du médicament,

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les médicaments d'une personne résidente qui n'étaient plus utilisés soient éliminés et détruits.

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

**Justification et résumé**

Un rapport d'incident critique a été soumis au directeur à la suite d'allégations de négligence envers une personne résidente.

Lors d'une observation dans la chambre d'une personne résidente, deux contenants de médicaments étiquetés au nom de la personne résidente ont été vus dans un panier d'articles de soins personnels à l'intérieur de la garde-robe de la personne résidente. L'étiquette de l'un des contenants de médicaments indiquait que le médicament devait être administré pendant une période déterminée qui s'était terminée deux mois plus tôt.

La politique du foyer en matière de destruction et d'élimination des médicaments stipule que les médicaments qui ne sont plus utilisés doivent être éliminés et détruits.

Le personnel et les directrices adjointes des soins ont reconnu que le foyer s'attend à ce que tous les médicaments qui ne sont plus utilisés soient retirés de toutes les aires d'entreposage des médicaments et éliminés.

Le fait de ne pas s'assurer que les médicaments d'une personne résidente sont éliminés lorsqu'ils ne sont plus utilisés présentait un risque d'effets indésirables pour les personnes résidentes s'ils étaient utilisés après la date à laquelle ils avaient été prescrits.

**Sources :** Rapport d'incident critique, observations, politique du foyer en matière de destruction et d'élimination des médicaments, entretiens avec le personnel, les directrices adjointes des soins et la directrice des soins. [741748]

**ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 001 Programme de prévention  
et de contrôle des infections**

Problème de conformité n° 009 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**

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

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).

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

Le titulaire de permis doit :

Le responsable de la prévention et du contrôle des infections ou la personne désignée tient un registre documenté et effectue une vérification, une fois par semaine pendant deux mois, de toutes les chambres des personnes résidentes nécessitant des précautions supplémentaires. La vérification comprend le nom de la personne qui effectue la vérification, l'unité, le numéro de la chambre, le type de précautions et l'équipement de protection individuelle requis. Lorsqu'il est constaté que l'équipement de protection individuelle requis n'est pas disponible sur le lieu des soins, la vérification doit mentionner les mesures correctives qui ont été prises et par qui.

Toutes les vérifications doivent être conservées et mises à la disposition des inspecteurs, immédiatement sur demande.

**Motifs**

Le titulaire de permis n'a pas mis en œuvre les normes ou protocoles que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections (PCI).

**Justification et résumé**

Conformément à l'exigence supplémentaire 6.1 de la norme PCI, le titulaire de permis doit mettre à la disposition du personnel et des personnes résidentes un équipement de protection individuelle (EPI) accessible et adapté à leur rôle et au niveau de risque.

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Dans deux chambres de personnes résidentes pour lesquelles des précautions supplémentaires ont été identifiées, il n'y avait pas de gants au moment des soins. Une autre chambre de personne résidente, pour laquelle des précautions supplémentaires ont été identifiées, ne disposait pas de lunettes de protection au moment des soins.

L'infirmière auxiliaire autorisée n° 101 et le responsable de la PCI ont indiqué que les chambres identifiées nécessitaient des précautions supplémentaires et que l'EPI requis devait être disponible sur le lieu des soins. Le responsable de la PCI a également indiqué que l'EPI requis était nécessaire pour prévenir la transmission de maladies infectieuses.

Le fait que l'EPI requis n'ait pas été disponible et accessible sur le lieu des soins a augmenté le risque de transmission de maladies infectieuses.

**Sources** : Observations et entretiens avec le personnel et le responsable de la PCI. [741773]

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard**

le 13 septembre 2024

**Un avis de pénalité administrative est délivré dans le cadre du présent ordre de conformité (APA no 001).**

**AVIS DE PÉNALITÉ ADMINISTRATIVE**

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *LRSLD* (2021).

**Avis de pénalité administrative (APA no 001)**

**Lié à l'ordre de conformité (Problème de conformité n° 001)**

En vertu de l'article 158 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*, le titulaire de permis doit payer une pénalité administrative de 5 500 \$, à verser dans les 30 jours suivant la date de la facture.

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Conformément aux paragraphes 349 (6) et (7) du Règl. de l'Ont. 246/22, la pénalité administrative est infligée pour les raisons suivantes : le titulaire de permis n'a pas respecté une exigence, ce qui a donné lieu à un ordre en vertu de l'article 155 de la Loi et, au cours des trois années précédant immédiatement la date à laquelle l'ordre a été délivré en vertu de l'article 155 de la Loi, le titulaire du permis n'a pas respecté cette même exigence.

**Historique de la conformité**

Il s'agit du premier APA délivré au titulaire de permis pour non-respect de l'exigence en question.

La facture et les renseignements relatifs au paiement seront envoyés séparément par courrier après la signification du présent avis.

Le titulaire de permis ne doit PAS payer un APA au moyen d'une enveloppe pour les soins aux résidents fournie 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 l'APA.



**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> 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.

**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<sup>e</sup> 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 du  
ministère des Soins de longue durée

438, avenue University, 8<sup>e</sup> étage

Toronto (Ontario) M7A 1N3

Courriel : [MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca](mailto:MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca)

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

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

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<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario) M5S 1S4

**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<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario) M7A 1N3  
Courriel : [MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca](mailto: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](http://www.hsarb.on.ca).