

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

Date d'émission du rapport : 10 mars 2025

Numéro d'inspection : 2025-1056-0001

Type d'inspection :

Incident critique
Suivi

Titulaire de permis : Omni Quality Living (East) Limited Partnership par son associé commandité, Omni Quality Living (East) GP Ltd.

Foyer de soins de longue durée et ville : The Willows Estate Nursing Home, Aurora

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : les 30 et 31 janvier 2025 ainsi que du 3 au 7, du 10 au 12 et le 14 février 2025.

L'inspection a eu lieu à l'extérieur aux dates suivantes : le 13 février 2025.

L'inspection concernait :

- Demande liée à une allégation de négligence envers une personne résidente ayant entraîné une blessure.
- Demande – suivi n° 1 – alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, Programme de prévention et de contrôle des infections. Date d'échéance de mise en conformité : le 20 janvier 2025.
- Demande – suivi n° 1 – article 26 du Règl. de l'Ont. 246/22, Observations des instructions du fabricant. Date d'échéance de mise en conformité : le 20 janvier 2025.
- Demande – suivi n° 1 – article 19 du Règl. de l'Ont. 246/22, Fenêtres. Date d'échéance de mise en conformité : le 20 janvier 2025.
- Demande – suivi n° 1 – sous-alinéa 93 (2) b) (i) du Règl. de l'Ont. 246/22, Entretien ménager. Date d'échéance de mise en conformité : le 20 janvier 2025.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

- Demande – suivi n° 1 – paragraphe 24 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22, Température ambiante. Date d'échéance de mise en conformité : le 20 janvier 2025.
- Quatre demandes liées à des mauvais traitements d'ordre physique allégués envers une personne résidente.
- Quatre demandes liées à l'administration de soins à plusieurs personnes résidentes de façon inappropriée par le personnel.

Ordres de conformité délivrés antérieurement :

L'inspection a établi la conformité aux ordres de conformité suivants délivrés antérieurement :

Ordre n° 006 de l'inspection n° 2024-1056-0003 en vertu de l'alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Ordre n° 004 de l'inspection n° 2024-1056-0003 en vertu de l'article 26 du Règl. de l'Ont. 246/22

Ordre n° 002 de l'inspection n° 2024-1056-0003 en vertu de l'article 19 du Règl. de l'Ont. 246/22

Ordre n° 005 de l'inspection n° 2024-1056-0003 en vertu du sous-alinéa 93 (2) b) (i) du Règl. de l'Ont. 246/22

Ordre n° 003 de l'inspection n° 2024-1056-0003 en vertu du paragraphe 24 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

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

Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
Entretien ménager, buanderie et services d'entretien
Prévention et contrôle des infections
Foyer sûr et sécuritaire

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

Prévention des mauvais traitements et de la négligence
Gestion des contentions/appareils d'aide personnelle

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : DÉCLARATION DES DROITS DES RÉSIDENTS

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 4 du paragraphe 3 (1) de la *LRSLD* (2021)

Déclaration des droits des résidents

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

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé au droit de la personne résidente à la protection contre les mauvais traitements.

Un incident critique (IC) a été soumis au directeur rapportant qu'une personne résidente avait frappé une autre personne résidente. Selon les notes d'enquête interne, il a été observé qu'une personne résidente s'était approchée d'une autre personne résidente et l'avait frappée au visage.

Le responsable du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement (Projet OSTC) et la directrice des soins ont confirmé que la personne résidente avait des antécédents connus d'agression physique. La directrice des soins a également indiqué que les mauvais traitements d'ordre physique étaient fondés.

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 : IC, notes d'enquête du foyer de soins de longue durée (foyer de SLD), dossiers médicaux de la personne résidente et entretiens avec l'infirmière auxiliaire autorisée (IAA) du Projet OSTC et la directrice des soins.

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 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 tous les membres du personnel qui participent aux soins d'une personne résidente collaborent à l'évaluation de la personne résidente lorsqu'une altération de l'intégrité épidermique a été observée.

Selon les notes d'enquête du foyer de SLD, une personne préposée aux services de soutien à la personne (PSSP) avait observé une altération de l'intégrité épidermique et ne l'avait pas signalée au personnel autorisé dans les délais impartis. La directrice des soins a indiqué que la PSSP aurait dû informer immédiatement le personnel autorisé de l'altération épidermique de la personne résidente.

Sources : IC, notes d'enquête du foyer de SLD, dossiers de la personne résidente et entretien avec la directrice 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, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

**AVIS ÉCRIT : OBLIGATION DE FAIRE RAPPORT AU DIRECTEUR
DANS CERTAINS CAS**

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

Non-respect : de la disposition 1 du paragraphe 28 (1) de la *LRS LD* (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 :

1. L'administration d'un traitement ou de soins à un résident de façon inappropriée ou incompétente, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident.

1) Le titulaire de permis n'a pas veillé à faire immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et à communiquer les renseignements sur lesquels ils sont fondés concernant une allégation de traitements ou de soins administrés de façon inappropriée ou incompétence à plusieurs personnes résidentes par une PSSP.

La directrice des soins a présenté tardivement un IC en rapport des allégations de soins administrés de façon inappropriée ou incompétente à plusieurs personnes résidentes par une PSSP dans le cas d'un incident survenu le mois précédent.

Sources : IC, dossiers cliniques de personnes résidentes et entretien avec la directrice des soins.

2) Le foyer n'a pas veillé à rapporter immédiatement l'allégation d'un traitement ou de soins administrés de façon inappropriée ou incompétence à une personne résidente, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice à la personne résidente.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Un IC a été soumis au directeur en rapport avec une allégation d'un traitement ou de soins administrés de façon inappropriée ou incompetence à une personne résidente par une PSSP.

L'enquête interne du foyer a indiqué que celui-ci avait pris connaissance de l'allégation, mais que le directeur n'en avait pas été informé dans les délais impartis.

Sources : IC, enquête interne du foyer et entretiens avec la directrice des soins et une infirmière autorisée (IA).

3) Le foyer n'a pas veillé à rapporter immédiatement l'allégation d'un traitement ou de soins administrés de façon inappropriée ou incompetence à une personne résidente, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice à la personne résidente.

Un IC a été soumis au directeur en rapport avec une allégation d'un traitement ou de soins administrés de façon inappropriée ou incompetence à une personne résidente par une PSSP. L'enquête interne du foyer a indiqué que celui-ci avait pris connaissance de l'allégation, mais que le directeur n'en avait pas été informé dans les délais impartis.

Sources : IC, enquête interne du foyer et entretiens avec la directrice des soins et une IA.

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 DE FAIRE RAPPORT AU DIRECTEUR DANS CERTAINS CAS

Problème de conformité n° 004 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.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à faire immédiatement rapport au directeur de ses soupçons de mauvais traitements ou de négligence envers une personne résidente de la part du personnel.

La directrice des soins a confirmé que des allégations de mauvais traitements soupçonnés avaient été transmises au directeur quelques jours après la découverte d'ecchymoses sur la personne résidente. Elle a déclaré qu'il était attendu de faire immédiatement rapport au directeur de tous les incidents de mauvais traitements ou de négligence.

Sources : IC et entretien avec la directrice des soins.

AVIS ÉCRIT : INCLUSION 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

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 du paragraphe 36 (4) de la *LRSLD* (2021).

Appareil d'aide personnelle restreignant ou empêchant la liberté de mouvement
Paragraphe 36 (4) L'utilisation d'un appareil d'aide personnelle en application du paragraphe (3) pour aider un résident relativement à une activité courante de la vie ne peut être prévue dans son programme de soins que s'il est satisfait aux conditions suivantes :

1. Des solutions de rechange à l'utilisation d'un tel appareil ont été prises en considération, et essayées si cela était approprié, mais elles ne permettraient pas, ou n'ont pas permis, d'aider le résident relativement à une activité courante de la vie.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à prendre en considération et à essayer, si cela était approprié, des solutions de rechange à l'utilisation d'un appareil d'aide personnelle et d'avoir recours à l'utilisation de côtés de lit pour aider la personne résidente relativement à une activité courante de la vie que si les solutions de rechange ne permettaient pas d'aider la personne résidente relativement à cette activité.

Un IC a été soumis au directeur en rapport avec des allégations de mauvais traitements selon lesquelles la personne résidente a subi une blessure. Les observations ont confirmé que la personne résidente utilisait un appareil d'aide personnelle sur les deux côtés de son lit. Les dossiers cliniques de la personne résidente ont confirmé qu'aucune solution de rechange n'avait été testée ou envisagée avant le recours à l'appareil d'aide personnelle, lequel était déjà appliqué et en service dès son admission. Les entretiens avec un membre du personnel autorisé, un physiothérapeute et la directrice générale du foyer ont permis de confirmer que la personne résidente utilisait des côtés de lit depuis son admission, reconnaissant qu'aucune autre solution de rechange n'avait été testée.

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, dossiers cliniques de la personne résidente et entretiens avec une IA, un physiothérapeute et la directrice générale.

AVIS ÉCRIT : INCLUSION DANS LE PROGRAMME DE SOINS

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

Non-respect : de la disposition 3 du paragraphe 36 (4) de la *LRSLD* (2021).

Appareil d'aide personnelle restreignant ou empêchant la liberté de mouvement
Paragraphe 36 (4) L'utilisation d'un appareil d'aide personnelle en application du paragraphe (3) pour aider un résident relativement à une activité courante de la vie ne peut être prévue dans son programme de soins que s'il est satisfait aux conditions suivantes :

3. L'utilisation de l'appareil a été approuvée par l'une des personnes suivantes :
- i. un médecin,
 - ii. une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé,
 - iii. une infirmière auxiliaire autorisée ou un infirmier auxiliaire autorisé,
 - iv. un membre de l'Ordre des ergothérapeutes de l'Ontario,
 - v. un membre de l'Ordre des physiothérapeutes de l'Ontario,
 - vi. toute autre personne que prévoient les règlements.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'utilisation d'un appareil d'aide personnelle, plus particulièrement des côtés de lit, soit formellement approuvée pour aider une personne résidente.

Un IC a été soumis au directeur en rapport avec des allégations de mauvais traitements selon lesquelles la personne résidente a subi une blessure. Les observations ont confirmé que la personne résidente utilisait un appareil d'aide personnelle sur les deux côtés de son lit. Les dossiers cliniques de la personne résidente indiquaient qu'une évaluation avait été effectuée par le personnel infirmier autorisé. Le physiothérapeute a confirmé lors de l'entretien qu'il n'avait pas

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

communiqué avec le personnel infirmier par les voies officielles pour discuter de l'utilisation de l'appareil d'aide personnelle. Selon trois politiques différentes du foyer, trois types de spécialistes distincts pouvaient effectuer des évaluations et approuver l'utilisation de l'appareil d'aide personnelle. La directrice générale a reconnu que le foyer n'avait pas de processus d'approbation officiel pour l'utilisation des appareils d'aide personnelle, et que les directives n'étaient pas claires.

Sources : Observations, dossiers cliniques de la personne résidente, politique sur l'évaluation des côtés de lit (*Side Rail Assessment*), politique sur les mesures de contention physique et les appareils d'aide personnelle (*Physical Restraints and Personal Assistive Devices*), fiche du foyer sur les appareils d'aide personnelle, et entretiens avec le physiothérapeute et la directrice générale.

AVIS ÉCRIT : INCLUSION DANS LE PROGRAMME DE SOINS

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 4 du paragraphe 36 (4) de la *LRSLD* (2021).

Appareil d'aide personnelle restreignant ou empêchant la liberté de mouvement
Paragraphe 36 (4) L'utilisation d'un appareil d'aide personnelle en application du paragraphe (3) pour aider un résident relativement à une activité courante de la vie ne peut être prévue dans son programme de soins que s'il est satisfait aux conditions suivantes :

4. Le résident a consenti à l'utilisation de l'appareil ou, s'il est incapable, un mandataire spécial du résident qui est habilité à donner ce consentement a consenti à l'utilisation de cet appareil.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le mandataire spécial donne son consentement à l'utilisation d'un appareil d'aide personnel, plus précisément les côtés de lit.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Un IC a été soumis au directeur en rapport avec des allégations de mauvais traitements selon lesquelles la personne résidente a subi une blessure. Les observations ont confirmé que la personne résidente utilisait un appareil d'aide personnelle sur les deux côtés de son lit. Les dossiers cliniques de la personne résidente ont confirmé qu'un formulaire de consentement avait été partiellement rempli et ne mentionnait pas l'appareil d'aide personnelle utilisé ni le consentement à l'utilisation de cet appareil. La directrice générale a reconnu que le formulaire n'avait pas été intégralement rempli et devait préciser l'appareil d'aide personnelle utilisé.

Sources : Observations, dossiers cliniques de la personne résidente et entretien avec la directrice générale.

AVIS ÉCRIT : CÔTÉS DE LIT

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

Non-respect : de l'alinéa 18 (1) a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Côtés de lit

Paragraphe 18 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que, si des côtés de lit sont utilisés, les critères suivants soient respectés :

a) le résident est évalué et son lit est évalué conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises, afin de réduire au minimum les risques que le lit pose pour le résident;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le lit d'une personne résidente soit évalué conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises, afin de réduire au minimum les risques que le lit pose pour 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

Le document élaboré par le ministère des Soins de longue durée intitulé *Use of Bed Rails in Long-Term Care Homes* (utilisation des côtés de lit dans les foyers de soins de longue durée) et la ligne directrice *Les lits d'hôpitaux pour adultes : Risques de piégeage des patients, fiabilité du verrouillage des barrières et autres risques* de Santé Canada, datant de mars 2008, fournissent les directives nécessaires pour procéder à l'évaluation d'un lit. En 2023, le directeur du ministère des Soins de longue durée a déterminé que ces deux documents constituaient la pratique courante en matière de sécurité des lits et les a communiqués au secteur.

Un IC a été soumis au directeur en rapport avec des allégations de mauvais traitements selon lesquelles la personne résidente a subi une blessure. Les observations ont confirmé que la personne résidente utilisait un appareil d'aide personnelle sur les deux côtés de son lit. L'examen de l'évaluation du lit a permis de confirmer l'absence du numéro de série du cadre de lit et des types de matelas compatibles avec ce dernier. La directrice générale a confirmé l'absence de telles données.

Sources : Observations, test de piégeage du système de lit de Joerns, *Les lits d'hôpitaux pour adultes : Risques de piégeage des patients, fiabilité du verrouillage des barrières et autres risques*, *Use of Bed Rails in Long-Term Care Home* (utilisation des côtés de lit dans les foyers de soins de longue durée) et entretien avec la directrice générale.

AVIS ÉCRIT : PEAU ET PLAIES

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

Non-respect : du sous-alinéa 55 (2) b) (i) 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 :

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

b) 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,

1) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne résidente présentant une altération de l'intégrité épidermique se fasse évaluer la peau au moyen d'un instrument d'évaluation approprié sur le plan clinique.

Les dossiers cliniques de la personne résidente et l'entretien avec la directrice des soins ont indiqué que la personne résidente n'avait pas subi d'évaluation initiale de la peau à l'aide d'un instrument d'évaluation approprié sur le plan clinique lorsque le personnel a documenté l'altération de l'intégrité épidermique.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente et entretien avec la directrice des soins.

2) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une évaluation initiale de la peau de la personne résidente n° 011, qui présentait une altération de l'intégrité épidermique, soit effectuée à l'aide d'un instrument d'évaluation approprié sur le plan clinique.

Selon les dossiers cliniques de la personne résidente et un entretien avec l'IAA et la directrice des soins, la personne résidente n'avait pas subi d'évaluation initiale de la peau et des plaies alors qu'elle présentait une altération de l'intégrité épidermique.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente et entretiens avec l'IAA et la directrice des soins.

AVIS ÉCRIT : GESTION DE LA DOULEUR

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

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

Non-respect : de la disposition 2 du paragraphe 57 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Gestion de la douleur

Paragraphe 57 (1) Le programme de gestion de la douleur doit au minimum prévoir ce qui suit :

2. Des stratégies de gestion de la douleur, notamment des interventions non pharmacologiques, ainsi que des fournitures, des appareils et des appareils fonctionnels.

Le titulaire de permis n'a pas veillé au respect du programme de gestion de la douleur du foyer, des stratégies de gestion de la douleur, notamment des interventions pharmacologiques, n'ayant pas été mises en œuvre lorsqu'il a été constaté que la personne résidente souffrait.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que les politiques écrites élaborées pour le programme de gestion de la douleur soient respectées. Plus précisément, la politique du foyer sur la gestion de la douleur indiquait que des interventions non pharmacologiques appropriées pour la gestion de la douleur doivent être envisagées et mises en œuvre.

Selon ses dossiers cliniques, la personne résidente avait ressenti de la douleur lors de trois quarts de travail différents, au cours desquels des interventions pharmacologiques et non pharmacologiques avaient été envisagées et mises en œuvre. La personne responsable de la gestion de la douleur a confirmé que des interventions auraient dû être mises en œuvre et documentées.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente, politique sur l'évaluation de la douleur (*Pain Assessment*) et entretien avec la personne responsable de la gestion de la douleur.

AVIS ÉCRIT : COMPORTEMENTS RÉACTIFS

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

Non-respect : de l'alinéa 58 (2) c) 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 :

c) coordonnés et mis en œuvre selon une méthode interdisciplinaire.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la gestion des comportements réactifs de la personne résidente soit coordonnée et mise en œuvre selon une méthode interdisciplinaire.

Un IC a été soumis au directeur en rapport avec une deuxième altercation impliquant deux personnes résidentes.

Selon les dossiers médicaux de la personne résidente, la personne responsable du Projet OSTC a contacté le mandataire spécial de cette dernière après l'incident pour discuter des interventions et des mesures de soutien requises sur le plan comportemental. Le mandataire spécial a demandé d'autres renseignements au médecin et à l'infirmière responsable avant de prendre d'autres mesures. La personne responsable du Projet OSTC et l'infirmière autorisée ont confirmé l'absence de suivi auprès du mandataire spécial et de soutien comportemental pour 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

Sources : IC, dossiers médicaux de la personne résidente et entretiens avec l'IA et la personne responsable du Projet OSTC.

AVIS ÉCRIT : COMPORTEMENTS RÉACTIFS

Problème de conformité n° 012 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 de la personne résidente, notamment des réévaluations et les réactions de la personne résidente aux interventions.

Un IC a été soumis au directeur en rapport avec l'agression physique d'une personne résidente envers une autre personne résidente. Aucun dossier n'indiquait qu'il y avait eu réévaluation des comportements réactifs et révision des réactions de la personne résidente aux interventions mises en œuvre à la suite des mauvais traitements d'ordre physique.

La personne responsable du Projet OSTC et la directrice des soins ont reconnu que la personne résidente avait eu des comportements agressifs, tant sur le plan physique que sur le plan verbal, à l'égard des autres personnes résidentes. De plus, il a été confirmé que la personne résidente n'avait pas été aiguillée à Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario et qu'aucune réévaluation ou révision des

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

réactions de la personne résidente aux interventions mises en œuvre n'avait été faite après les mauvais traitements soupçonnés.

Sources : IC, dossiers médicaux de la personne résidente et entretien avec la personne responsable du Projet OSTC et la directrice des soins.

AVIS ÉCRIT : ALTERCATIONS ENTRE LES RÉSIDENTS ET AUTRES INTERACTIONS

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

Non-respect : de l'alinéa 59 b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Altercations entre les résidents et autres interactions

Article 59 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que des mesures soient prises afin de réduire au minimum les risques d'altercations et d'interactions susceptibles de causer un préjudice entre et parmi les résidents, notamment :

b) en identifiant des mesures d'intervention et en les mettant en œuvre.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à la mise en œuvre d'une mesure d'intervention précise sur les comportements réactifs.

Selon le programme de soins de la personne résidente, une mesure d'intervention précise sur les comportements réactifs devait être mise en œuvre en tout temps afin de prévenir les altercations avec les autres personnes résidentes.

La personne responsable du Projet OSTC a confirmé que la personne résidente avait des antécédents de comportements agressifs – physiques et verbaux – envers les autres personnes résidentes qui entraient dans sa chambre. De plus, lors d'une

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

observation, l'infirmière a confirmé que le système de protection contre l'errance n'avait pas été appliqué conformément aux directives.

Sources : Observations, IC, programme de soins de la personne résidente et entretien avec la personne responsable du Projet OSTC.

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

Non-respect : de l'article 105 du Règl. de l'Ont. 246/22

Avis : police

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

1) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le service de police concerné soit immédiatement avisé d'une allégation d'un traitement ou de soins administrés de façon inappropriée ou incompétente à la personne résidente.

Un IC a été soumis au directeur en rapport avec l'administration alléguée de traitements ou de soins de façon inappropriée ou incompétente à la personne résidente par une PSSP, le membre du personnel identifié ayant laissé la personne résidente sans surveillance.

Le programme de soins de la personne résidente exigeait qu'un membre du personnel assure une supervision ou une aide limitée dans le cadre d'une activité de la vie quotidienne. La directrice des soins a confirmé que la police n'avait pas été avisée lorsque l'incident a été porté à son attention.

Sources : Dossiers médicaux électroniques de la personne résidente, notes d'enquête du foyer, IC et entretiens avec la PSSP et la directrice 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, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

2) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le service de police concerné soit immédiatement avisé d'une allégation d'un traitement ou de soins administrés de façon inappropriée ou incompétence à la personne résidente.

Un IC a été soumis au directeur en rapport avec l'administration alléguée de traitements ou de soins de façon inappropriée ou incompétente à la personne résidente par une PSSP, le membre du personnel identifié n'ayant pas suivi les directives du personnel autorisé concernant l'état de santé de la personne résidente, comme le précisait le programme de soins, ce qui a entraîné une chute.

La directrice des soins a confirmé que la police n'avait pas été avisée lorsque l'incident a été porté à son attention.

Sources : Dossiers médicaux électroniques de la personne résidente, notes d'enquête du foyer, IC et entretien avec la directrice des soins.

3) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le service de police concerné soit immédiatement avisé d'une allégation de traitements ou de soins administrés de façon inappropriée ou incompétence à plusieurs personnes résidentes.

Un IC a été soumis au directeur en rapport avec l'administration alléguée de traitements ou de soins de façon inappropriée ou incompétente à plusieurs personnes résidentes par une PSSP.

Les dossiers d'enquête et la directrice des soins ont indiqué que l'allégation de négligence était fondée, la PSSP n'ayant pas fourni les soins du matin aux personnes résidentes. De plus, la directrice des soins a confirmé que la police n'avait pas été informée de l'incident.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Sources : Dossiers médicaux électroniques de la personne résidente, notes d'enquête du foyer, IC et entretien avec la directrice des soins.

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

Problème de conformité n° 016 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 ce que les résidents ne fassent l'objet d'aucune négligence de sa part ou de la part du personnel.

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

a) Le titulaire de permis doit former tout le personnel des soins directs, y compris le personnel occasionnel et d'agence, sur la politique du foyer en matière de prévention des mauvais traitements et de la négligence ainsi que sur les protocoles et processus internes du foyer en lien avec le signalement des incidents de mauvais traitements et de négligence.

b) Tenir un registre de la formation donnée, en y indiquant le nom et la signature des personnes ayant reçu la formation, le nom de la personne qui l'a donnée, la date de la formation, son contenu ainsi que les documents de formation.

c) Mettre ce dossier à la disposition de l'inspectrice ou de l'inspecteur qui en fait la demande.

Motifs

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 la personne résidente ne fasse l'objet d'aucune négligence de sa part ou de la part du personnel.

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

Conformément au programme de soins, un membre du personnel devait superviser la personne résidente ou lui apporter une aide limitée dans le cadre d'une activité de la vie quotidienne. Il a été rapporté que la PSSP avait laissé la personne résidente sans surveillance. À l'issue de son enquête interne, la directrice des soins a reconnu qu'il y avait eu négligence de la PSSP à l'égard de la personne résidente, la personne en cause ayant confirmé que la personne résidente avait été laissée sans surveillance.

Le fait de ne pas avoir supervisé la personne résidente pendant sa routine de soins, comme le prévoyait son programme de soins, l'a exposée à un risque accru d'accidents et de blessures.

Sources : Programme de soins de la personne résidente, notes d'enquête interne du foyer et entretiens avec la PSSP et la directrice des soins.

2) Le titulaire de permis n'a pas veillé à protéger plusieurs personnes résidentes contre la négligence de la part de la PSSP.

L'article 7 du Règl. de l'Ont. 246/7 définit la négligence comme suit : « S'entend du défaut de fournir à un résident les traitements, les soins, les services ou l'aide nécessaires à sa santé, à sa sécurité ou à son bien-être. S'entend en outre d'une

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

inaction ou d'une tendance à l'inaction qui compromet la santé, la sécurité ou le bien-être d'un ou de plusieurs résidents. »

La directrice des soins a reçu un rapport d'un membre du personnel autorisé, selon lequel la PSSP a fait preuve de négligence à l'endroit de plusieurs personnes résidentes, car elle ne leur avait pas fourni les soins appropriés pendant son quart de travail.

La directrice des soins a confirmé que la PSSP n'avait pas prodigué les soins appropriés à plusieurs personnes résidentes pendant son quart de travail. La PSSP a refusé que d'autres membres du personnel lui viennent en aide, même si certaines personnes résidentes devaient recevoir l'aide de deux personnes, comme cela était indiqué dans leur programme de soins.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que les personnes résidentes reçoivent l'aide de deux personnes pour répondre à leurs besoins les a exposées à un risque accru de chutes, de problèmes cutanés et d'infections.

Sources : IC, notes d'enquête du foyer de SLD, dossiers du personnel de la PSSP et entretien avec la directrice des soins.

3) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que plusieurs personnes résidentes ne fassent l'objet d'aucune négligence de sa part ou de la part du personnel.

L'article 7 du Règl. de l'Ont. 246/7 définit la négligence comme suit : « S'entend du défaut de fournir à un résident les traitements, les soins, les services ou l'aide nécessaires à sa santé, à sa sécurité ou à son bien-être. S'entend en outre d'une inaction ou d'une tendance à l'inaction qui compromet la santé, la sécurité ou le bien-être d'un ou de plusieurs résidents. »

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Le personnel autorisé a signalé à la direction que la PSSP avait fait preuve de négligence envers plusieurs personnes résidentes en ne prodiguant pas les soins du matin appropriés pendant son quart de travail.

La directrice des soins a confirmé que, selon une enquête interne, la PSSP n'avait pas fourni les soins appropriés aux personnes résidentes pendant son quart de travail.

Le fait de ne pas avoir fourni les soins appropriés décrits dans le programme de soins a mis en danger la santé, la sécurité et le bien-être des personnes résidentes.

Sources : IC, dossiers médicaux électroniques des personnes résidentes et entretien avec la directrice des soins.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 12 mai 2025.

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 002 TECHNIQUES DE TRANSFERT ET DE CHANGEMENT DE POSITION

Problème de conformité n° 017 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 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.

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

1. Le titulaire de permis doit former toutes les PSSP, y compris les employés occasionnels et d'agence, ainsi tout autre employé participant au transfert des personnes résidentes, sur la politique du foyer en matière de levage et de transfert.
2. Tenir un registre des formations effectuées, en y indiquant les personnes qui y ont participé aux formations, la date et l'heure, le nom de la personne qui a assuré la formation et les sujets abordés.
3. Le titulaire de permis effectuera des vérifications trois fois par semaine, pendant quatre semaines, dans toutes les sections accessibles aux résidents, pendant les quarts de jour et de soir. Les vérifications comprendront les points suivants :
 - a. Observations effectuées pendant le transfert de personnes résidentes par deux membres du personnel;
 - b. La date et l'heure de la vérification, l'aire du foyer et la personne qui a effectué la vérification;
 - c. Les instructions relatives aux transferts prévus dans le programme de soins de la personne résidente comparativement aux transferts observés, y compris la documentation de toute mesure corrective.
4. Tenir un registre du processus et de la vérification et le mettre à la disposition de l'inspectrice ou de l'inspecteur qui en fait la demande.

Motifs

- 1) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les membres du personnel utilisent des appareils ou des techniques de transfert et de changement de position sécuritaires lorsqu'ils aident une personne résidente.

Un IC a été soumis au directeur en rapport avec une allégation de traitements ou de soins administrés de façon inappropriée ou incompétence aux personnes

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

résidentes. Les notes d'enquête interne du foyer ont confirmé que la PSSP avait effectué le transfert d'une personne résidente seule sans demander d'aide. Selon le programme de soins de la personne résidente, il fallait que deux personnes l'aident lors de ses transferts.

La directrice de soins a reconnu que cette pratique n'était pas sécuritaire et que le membre du personnel aurait dû bénéficier d'une aide supplémentaire pour le transfert de la personne résidente.

Le fait de ne pas s'être assuré que la personne résidente soit transférée selon des techniques sécuritaires, comme le prévoyait son programme de soins, l'a exposée à un risque accru de blessures.

Sources : IC, notes d'enquête du foyer de SLD et entretien avec la directrice des soins.

2) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les membres du personnel utilisent des appareils ou des techniques de transfert et de changement de position sécuritaires lorsqu'ils aident des personnes résidentes.

Un IC a été soumis au directeur en rapport avec l'administration alléguée de traitements ou de soins de façon inappropriée ou incompetente à une personne résidente par la PSSP. L'incident est survenu lorsque la PSSP est allée chercher la personne résidente, contrairement aux indications de l'infirmière, ce qui a entraîné une chute sans causer de blessure. Selon son programme de soins, la personne résidente devait bénéficier de l'aide d'une personne ou deux lors de ses transferts, en fonction de son état. L'enquête du foyer a permis de confirmer que la PSSP n'avait pas suivi les instructions de l'infirmière, le transfert pouvant nécessiter l'aide de deux personnes en raison de l'état de 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

Le fait de ne pas s'être assuré que la personne résidente soit transférée en utilisant les techniques sécuritaires prévues dans son programme de soins a compromis sa sécurité.

Sources : IC, notes d'évolution, notes d'enquête du foyer de SLD et entretien avec la directrice des soins.

3) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les membres du personnel utilisent des techniques de transfert et de changement de position sécuritaire lorsqu'ils aident une personne résidente.

Un IC a été soumis au directeur rapportant que la personne résidente avait été blessée lors d'un transfert et d'un changement de position dans son lit. Selon ses dossiers cliniques, la personne résidente avait besoin de l'aide de deux personnes lors de ses transferts et de ses soins. Selon les conclusions de l'enquête du foyer, une seule personne avait effectué le transfert. La directrice générale a confirmé que le programme de soins n'avait pas été suivi et que le transfert de la personne résidente n'était pas sécuritaire.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que la personne résidente soit transférée selon des techniques sécuritaires comme le prévoyait son programme de soins l'a exposée à un risque accru, causant ainsi une blessure.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente, notes d'enquête du foyer et entretien avec la directrice générale.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 12 mai 2025.

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 003 GESTION DE LA DOULEUR

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

Problème de conformité n° 018 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRS LD* (2021).

Non-respect : de la disposition 1 du paragraphe 57 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Gestion de la douleur

Paragraphe 57 (1) Le programme de gestion de la douleur doit au minimum prévoir ce qui suit :

1. Des méthodes de communication et d'évaluation visant les résidents qui ne peuvent exprimer leur douleur ou qui ont une déficience cognitive.

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

1. Le titulaire de permis doit offrir une formation de recyclage à toutes les PSSP, y compris les employés occasionnels et d'agence, sur les politiques et le programme de gestion de la douleur du foyer, notamment sur le rôle des PSSP dans la reconnaissance des signes et symptômes de douleur chez les personnes résidentes souffrant de troubles cognitifs, sur le signalement au personnel autorisé et sur la documentation.

2. Le titulaire de permis doit offrir une formation de recyclage à tout le personnel infirmier autorisé, y compris les employés occasionnels et d'agence, sur les politiques et le programme de gestion de la douleur du foyer, notamment sur la reconnaissance des signes et symptômes de douleur chez les personnes résidentes souffrant de troubles cognitifs, sur l'évaluation de la douleur, sur le traitement par des stratégies et des interventions appropriées en cas de douleur, sur l'évaluation de l'efficacité des procédures d'intervention contre la douleur, sur la collaboration avec les PSSP et le médecin, ainsi que sur la documentation.

3. Tenir un registre des formations effectuées dans les parties 1) et 2), y compris les personnes qui y ont participé, la date et l'heure, la personne qui a assuré la formation et les sujets abordés.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

4. La directrice des soins ou la personne désignée par la direction des soins infirmiers effectuera des vérifications trois fois par semaine, lors de différents quarts de travail, auprès de personnes résidentes choisies au hasard et souffrant de troubles cognitifs, ainsi qu'auprès des personnes résidentes concernées, qui éprouvent de la douleur afin de s'assurer que celles-ci fassent l'objet d'une évaluation appropriée à l'aide de l'outil d'évaluation de la douleur du foyer.

5. Tenir un registre des vérifications, notamment les dates, les personnes qui les ont effectuées, les membres du personnel et les personnes ayant fait l'objet des vérifications, les résultats et les mesures prises en réponse aux conclusions des vérifications.

Motifs

1) Le titulaire de permis n'a pas veillé au respect du programme de détection et de gestion de la douleur du foyer, la personne résidente n'ayant pas fait l'objet d'une évaluation à l'aide de l'outil d'évaluation de la douleur dans les cas de démence avancée (évaluation PAINAD) alors qu'elle présentait une altération cutanée.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que les politiques écrites élaborées pour le programme de gestion de la douleur soient respectées. Plus précisément, la politique du foyer sur la gestion de la douleur indiquait qu'une évaluation complète de la douleur doit être effectuée en cas d'incident, selon le jugement clinique du personnel autorisé ou les instructions de la directrice des soins ou de son représentant. La politique mentionnait également que l'outil d'évaluation PAINAD doit être rempli pour les personnes résidentes ayant obtenu un score égal ou supérieur à trois sur l'échelle de la performance cognitive.

La directrice des soins a reconnu qu'une évaluation de la douleur aurait dû être effectuée après la détection d'ecchymoses.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que la douleur de la personne résidente soit évaluée au moyen de l'outil approprié a exposé celle-ci à un risque de détection et de prise en charge tardives de la douleur.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente, politique sur l'évaluation de la douleur (*Pain Assessment*) et entretien avec la directrice des soins.

2) Le titulaire de permis n'a pas veillé au respect du programme de détection et de gestion de la douleur du foyer, la personne résidente n'ayant pas fait l'objet d'une évaluation à l'aide de l'outil d'évaluation PAINAD à la suite d'une altercation ayant entraîné une altération de son intégrité épidermique.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que les politiques écrites élaborées pour le programme de gestion de la douleur soient respectées.

Un incident s'est produit et a entraîné une blessure ayant causé une altération de l'intégrité épidermique chez la personne résidente. L'IAA et la directrice des soins ont reconnu qu'une évaluation de la douleur n'avait pas été effectuée pour cette personne.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que la douleur de la personne résidente soit évaluée au moyen de l'outil approprié a exposé celle-ci à un risque de détection et de prise en charge tardives de la douleur.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente, politique sur l'évaluation de la douleur (*Pain Assessment*) et entretiens avec l'IAA et la directrice des soins.

3) Le titulaire de permis n'a pas veillé au respect du programme de détection et de gestion de la douleur du foyer, la personne résidente n'ayant pas fait l'objet d'une

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

évaluation à l'aide de l'outil d'évaluation PAINAD, à la suite d'un incident ayant entraîné une blessure et pour lequel un IC a été soumis au directeur.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que les politiques écrites élaborées pour le programme de gestion de la douleur soient respectées. Plus précisément, la politique du foyer sur la gestion de la douleur indiquait qu'une évaluation complète de la douleur doit être effectuée en cas d'incident, selon le jugement clinique du personnel autorisé ou les instructions de la directrice des soins ou de son représentant.

Selon les dossiers cliniques de la personne résidente, une évaluation initiale de la douleur n'avait pas été effectuée au moment de l'incident, et la personne responsable de la gestion de la douleur a confirmé que l'évaluation de la douleur aurait dû être faite au moment de l'incident.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que la douleur de la personne résidente soit évaluée au moyen de l'outil approprié a exposé celle-ci à un risque de détection et de prise en charge tardives de la douleur.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente, politique sur l'évaluation de la douleur (*Pain Assessment*) et entretien avec la directrice des soins.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 12 mai 2025.

**ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 004 EXIGENCES : UTILISATION
D'UN APPAREIL D'AIDE PERSONNELLE**

Problème de conformité n° 019 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : du paragraphe 120 (1) 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^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Exigences : utilisation d'un appareil d'aide personnelle

Paragraphe 120 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qu'un appareil d'aide personnelle utilisé aux termes de l'article 36 de la Loi pour aider un résident relativement à une activité courante de la vie soit retiré dès qu'il n'est plus requis pour fournir une telle aide, à moins que le résident ne demande de le garder.

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

1. Dans les deux semaines suivant la réception de cet ordre de conformité, la directrice générale ou un gestionnaire désigné effectuera une vérification visuelle de toutes les personnes résidentes du foyer afin de déterminer celles qui utilisent un appareil d'aide personnelle, plus précisément des côtés de lit.
 - A. Après la vérification, la directrice générale ou un gestionnaire délégué veillera à ce que l'utilisation d'un appareil d'aide personnelle par toutes les personnes résidentes du foyer déterminées respecte les exigences législatives. Plus particulièrement, le foyer effectuera les tâches suivantes :
 - i. Documenter dans les notes d'évolution et les programmes de soins de chaque personne résidente les solutions de rechange envisagées et mises à l'essai, ainsi que le résultat détaillé de leur efficacité et le raisonnement derrière l'utilisation de l'appareil d'aide personnelle, plus précisément les côtés de lit, comme cela est requis. L'examen, la mise à l'essai et le bilan doivent avoir lieu et faire l'objet de discussions à un niveau interdisciplinaire, avec la participation de la personne résidente ou de son mandataire spécial.
 - ii. Le foyer élaborera et mettra en œuvre un processus officiel d'approbation de l'utilisation d'un appareil d'aide personnelle. Ce processus précisera la personne responsable de cette démarche, la manière dont l'approbation devra être obtenue,

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'endroit où elle devra être documentée et conservée, ainsi que la personne qui devra en être informée et la manière dont cela devra être fait.

iii. Le foyer obtiendra le consentement de la personne résidente ou du mandataire spécial, s'il y a lieu, pour l'utilisation de tous les appareils d'aide personnelle dans le foyer. Le consentement sera obtenu à l'issue de la vérification visuelle indiquée dans la partie 1 de l'ordre de conformité.

iv. Le foyer mettra à jour le programme de soins de chaque personne résidente concernant l'utilisation des appareils d'aide personnelle, plus particulièrement les côtés de lit, en précisant notamment les renseignements suivants : le type d'appareil utilisé, le moment où il doit être utilisé (l'heure de la journée, la durée, etc.), la fréquence de suivi et tout autre paramètre directeur pour l'utilisation des appareils.

2. La directrice générale ou le gestionnaire délégué élaborera et mettra en œuvre un processus d'évaluation de l'utilisation de l'appareil d'aide personnelle par la personne résidente, au minimum lors de tout changement de statut, l'appareil étant retiré dès qu'il n'est plus requis pour fournir de l'aide pour des activités courantes de la vie.

3. La directrice générale ou le gestionnaire délégué formera tout le personnel infirmier (personnel autorisé, PSSP et personnel d'agence) sur l'utilisation des appareils d'aide personnelle, notamment les côtés de lit, comme il est indiqué dans la partie A de l'ordre de conformité. Un registre du matériel de formation et du contenu de celle-ci, ainsi que les noms des personnes qui ont fourni la formation, la manière dont celle-ci a été dispensée et la date et l'heure de la formation, sera conservé.

4. Tous les documents seront mis à la disposition de l'inspectrice ou de l'inspecteur qui en fait la demande.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des appareils d'aide personnelle utilisés pour aider des personnes résidentes relativement à une activité courante de la vie soient retirés dès qu'ils n'étaient plus requis pour fournir une telle aide à plusieurs personnes résidentes qui avaient besoin d'une aide totale dans leurs activités de la vie quotidienne.

Une observation a été réalisée concernant la liste fournie par le foyer de SLD des personnes résidentes ayant besoin d'une aide totale pour leurs activités de la vie quotidienne. Il a été noté que tous les lits étaient équipés de côtés de lit d'un quart, installés des deux côtés de chaque lit. Les politiques du foyer indiquaient qu'aucun processus officiel d'approbation n'était en place pour l'utilisation des côtés de lit auprès des personnes résidentes du foyer. La directrice générale a indiqué que, conformément aux pratiques antérieures, un côté de lit d'un quart n'était pas considéré comme un appareil d'aide personnelle dans le foyer, et que les personnes résidentes concernées feraient l'objet d'une réévaluation quant à l'utilisation des côtés de lit. La directrice générale a confirmé que le foyer avait procédé à la vérification des personnes résidentes de la liste ci-haut mentionnée et que, pour plusieurs d'entre elles, les côtés de lit n'étaient pas nécessaires et seraient retirés.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que toutes les personnes résidentes fassent l'objet d'une réévaluation quant à l'utilisation des appareils d'aide personnelle, plus précisément les côtés de lit, les a exposées à un risque accru en matière de sécurité, notamment en ce qui concerne le piégeage dans le lit.

Sources : Observations, liste des personnes résidentes du foyer ayant besoin d'aide totale et entretien avec la directrice générale.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 12 mai 2025.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

33, rue King 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.

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 du
ministère des Soins de longue durée
438, avenue University, 8^e étage
Toronto (Ontario) M7A 1N3
Courriel : MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca

Si la signification se fait :

- a) par courrier recommandé, elle est réputée être 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.

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 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

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.