

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Rapport public modifié Page de couverture (A1)	
Date d'émission du rapport modifié : 26 août 2024	
Date d'émission du rapport original : 19 juillet 2024	
Numéro d'inspection : 2024-1370-0002 (A1)	
Type d'inspection : Plainte Incident critique Suivi	
Titulaire de permis : Regency LTC Operating Limited Partnership, par ses commandités, Regency Operator GP Inc. et AgeCare Iris Management Ltd.	
Foyer de soins de longue durée et ville : AgeCare Samac, Oshawa	
Modifié par	Signature numérique de l'inspectrice/l'inspecteur qui a modifié le rapport

RÉSUMÉ D'INSPECTION MODIFIÉ

Ce rapport a été modifié pour :

Demande reçue du foyer de SLD le 14 août 2024 demandant des modifications à la date d'échéance de conformité pour l'OC n° 001 et l'OC n° 002 relatifs à l'inspection n° 24-1370-0002 du 27 septembre 2024 au 31 octobre 2024. Objet : OC n° 1 – Une demande a également été faite concernant l'éducation à donner à la ou au responsable des soins de la peau et des plaies par la ou le responsable de la peau et des plaies de l'entreprise. Le volet éducatif à livrer en personne à la ou au responsable des soins de la peau ou des plaies du foyer a été examiné et approuvé par l'INSP. En ce qui concerne l'OC n° 2 – le terme « état mental altéré » sera ajouté aux symptômes requis pour la surveillance quotidienne des infections. Le foyer utilisera les lignes directrices sur les meilleures pratiques de délire, de dépression et de démence de la RNAO pour créer un algorithme qui doit être suivi si une personne résidente présente un état mental modifié ou du délire. Une réunion post-rapport a eu lieu le 14 août 2024 avec les membres de

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

l'administration du foyer ainsi que les membres de l'équipe d'entreprise AgeCare. Les demandes ont fait l'objet de discussions et l'équipe d'AgeCare a été informée qu'elles seraient transmises à l'équipe de gestion du bureau du district du Centre-Est. Le foyer a par la suite soumis d'autres documents pour examen liés à l'éducation en personne pour la ou le responsable des soins de la peau et des plaies. Cette information a été examinée par l'INSP. La demande de prolongation des dates d'échéance de conformité et les changements demandés ont par la suite fait l'objet de discussions avec un GI et avec le SM. La prolongation des dates d'échéance de conformité jusqu'au 31 octobre 2024 a été accordée pour les deux OC. Pour l'OC n° 002, le libellé a été modifié concernant le délire ou l'état mental altéré. Une lettre a été envoyée à l'administratrice ou l'administrateur par courriel le 23 août 2024 pour l'informer de la prolongation des dates d'échéance de conformité. Des changements ont été apportés aux registres de suivi dans le système CARES – prolongation des dates d'échéance de conformité jusqu'au 31 octobre 2024. Aucun autre ordre n'était lié à cette inspection. La date initiale de signification du LR était le 19 juillet 2024.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Rapport public modifié (A1)	
Date d'émission du rapport modifié : 26 août 2024	
Date d'émission du rapport original : 19 juillet 2024	
Numéro d'inspection : 2024-1370-0002 (A1)	
Type d'inspection : Plainte Incident critique Suivi	
Titulaire de permis : Regency LTC Operating Limited Partnership, par ses commandités, Regency Operator GP Inc. et AgeCare Iris Management Ltd.	
Foyer de soins de longue durée et ville : AgeCare Samac, Oshawa	
Inspectrice principale/Inspecteur principal	Autres inspectrices ou inspecteurs
Modifié par	Signature numérique de l'inspectrice/l'inspecteur qui a modifié le rapport

RÉSUMÉ D'INSPECTION MODIFIÉE

Ce rapport a été modifié pour :
Demande reçue du foyer de SLD le 14 août 2024 demandant des modifications à la date d'échéance de conformité pour l'OC n° 001 et l'OC n° 002 relatifs à l'inspection n° 24-1370-0002 du 27 septembre 2024 au 31 octobre 2024. Objet : OC n° 1 – Une demande a également été faite concernant l'éducation à donner à la ou au responsable des soins de la peau et des plaies par la ou le responsable de la peau et des plaies de l'entreprise. Le volet éducatif devant être fourni en personne à la ou au responsable des soins de la peau et des plaies du foyer a été examiné et approuvé par l'INSP. En ce qui concerne

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'OC n° 2 – le terme « état mental altéré » sera ajouté aux symptômes requis pour la surveillance quotidienne des infections. Le foyer utilisera les lignes directrices sur les meilleures pratiques de délire, de dépression et de démence de la RNAO pour créer un algorithme qui doit être suivi si une personne résidente présente un état mental modifié ou du délire. Une réunion post-rapport a eu lieu le 14 août 2024 avec des membres de l'équipe administrative du foyer ainsi que des membres de l'équipe d'entreprise AgeCare. Les demandes ont fait l'objet de discussions et l'équipe d'AgeCare a été informée qu'elles seraient transmises à l'équipe de gestion du bureau du district du Centre-Est. Le foyer a par la suite soumis d'autres documents pour examen liés à l'éducation en personne pour la ou le responsable des soins de la peau et des plaies. Cette information a été examinée par l'INSP. La demande de prolongation des dates d'échéance de conformité et les changements demandés ont par la suite fait l'objet de discussions avec un GI et avec le SM. La prolongation des dates d'échéance de conformité jusqu'au 31 octobre 2024 a été accordée pour les deux OC. Pour l'OC n° 002, le libellé a été modifié concernant le délire ou l'état mental altéré. Une lettre a été envoyée à l'administratrice ou l'administrateur par courriel le 23 août 2024 pour l'informer de la prolongation des dates d'échéance de conformité. Des changements ont été apportés aux registres de suivi dans le système CARES – prolongation des dates d'échéance de conformité jusqu'au 31 octobre 2024. Aucun autre ordre n'était lié à cette inspection. La date initiale de signification du LR était le 19 juillet 2024.

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : les 3, 4, 5, 6, 7, 13, 14 et 17 juin 2024

L'inspection a eu lieu hors site aux dates suivantes : les 10, 11 et 12 juin 2024

L'inspection concernait :

- Registre : n° 00102670 – et registre : n° 00106245 – éclosion de COVID-19.
- Registre : n° 00105332 – éclosion de VRS.
- Registre : n° 00111111 – éclosion de parainfluenza.
- Registre : n° 00113177 – éclosion entérique.
- Registre : n° 00108155 – et registre : n° 00110703 – chute avec transfert à l'hôpital

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

pour la fracture.

- Registre : n° 00117028 – Allégations de mauvais traitements par le personnel à l'égard d'une personne résidente.

- Registre : n° 00105550 – Premier suivi de l'ordre de conformité (OC) n° 001 de l'inspection n° 2023-1370-0003 en vertu du par. 24 (1) de la LRSLD (2021), lié à la négligence envers les personnes résidentes, avec une date d'échéance de conformité du 29 février 2024.
- Registre : n° 00105589 – Premier suivi de l'ordre de conformité (OC) n° 001 de l'inspection n° 2023-1370-0004 en vertu de l'alinéa 6 (10) c de la LRSLD (2021), liée aux révisions de la réévaluation avec une date d'échéance de conformité du 29 février 2024.
- Registre : n° 00110912 – Premier suivi de l'ordre de conformité (OC) n° 001 de l'inspection n° 2024-1370-0001 en vertu de l'art. 26 du Règl. de l'Ont. 246/22, lié à la négligence envers les personnes résidentes avec une date d'échéance de conformité du 26 avril 2024.
- Registre : n° 00110914 – Premier suivi de l'ordre de conformité n° 002 de l'inspection n° 2024-1370-0001 en vertu de l'alinéa 93 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, lié à l'entretien ménager avec une date d'échéance de conformité du 26 avril 2024.
- Registre : n° 00110913 – Premier suivi de l'ordre de conformité n° 003 de l'inspection n° 2024-1370-0001 en vertu du par. 102 (5) du Règl. de l'Ont. 246/22, lié à la prévention et au contrôle des infections avec une date d'échéance de conformité du 26 avril 2024.

- Registre : n° 00111216 – Plainte concernant des préoccupations concernant la peau et les plaies, la négligence, l'infection.
- Registre : n° 00114248 – Plainte concernant les préoccupations concernant l'interaction médicamenteuse, le déclin de l'état de santé des personnes résidentes et la déshydratation.

Ordres de conformité délivrés antérieurement

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

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Ordre n° 001 de l'inspection n° 2023-1370-0003 liée à la LRSLD, 2021, par. 24 (1)

Ordre n° 001 de l'inspection n° 2023-1370-0004 liée à la LRSLD, 2021, alinéa 6 (10) c)

Ordre n° 001 de l'inspection n° 2024-1370-0001 liée au Règl. de l'Ont. 246/22, article 26

Ordre n° 003 de l'inspection n° 2024-1370-0001 liée au Règl. de l'Ont. 246/22, par. 102 (5)

Ordre n° 002 de l'inspection n° 2024-1370-0001 liée au Règl. de l'Ont. 246/22, alinéa 93 (2) b)

Les **protocoles d'inspection** suivants ont été utilisés au cours de cette inspection :

Prévention et gestion de la peau et des plaies

Entretien ménager, services de buanderie et services d'entretien

Gestion des médicaments

Alimentation, nutrition et hydratation

Prévention et contrôle des infections

Foyer sûr et sécuritaire

Prévention des mauvais traitements et de la négligence

Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION MODIFIÉS

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 : Programme de soins

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

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

Programme de soins

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une intervention de prévention des chutes soit fournie à une personne résidente comme indiqué dans son programme de soins.

Justification et résumé

Un incident critique (IC) a été soumis au directeur qui indiquait qu'une personne résidente était tombée et avait été transférée à l'hôpital. La personne résidente est retournée au foyer de soins de longue durée avec un changement important de son état de santé. Un examen du programme de soins de la personne résidente a révélé qu'une intervention de prévention des chutes devait être en place en tout temps.

Les observations de la personne résidente ont révélé que l'intervention n'était pas en place. Le personnel chargé des soins directs a confirmé que le foyer n'utilisait pas l'intervention conformément au programme de soins de la personne résidente.

Le non-respect du programme de soins augmentait le risque de chutes pour la personne résidente.

Sources : Dossiers de santé de la personne résidente, observations et entrevues avec le personnel.

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

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

Non-respect de l'alinéa 28 (1) 2 de la LRSLD (2021).

Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

Par. 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 :

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. 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 a omis de signaler immédiatement au directeur des allégations de mauvais traitements par le personnel à l'égard d'une personne résidente.

Justification et résumé :

Le directeur a reçu un rapport d'incident critique (CIR) indiquant des allégations de mauvais traitements à l'égard d'une personne résidente.

Les notes d'étape indiquaient qu'un membre du personnel avait informé la directrice ou le directeur des soins d'une allégation de mauvais traitements par le personnel à l'égard de la personne résidente à une date précise. Le rapport d'enquête du foyer a révélé que l'incident présumé s'était produit la veille, pendant le quart de nuit.

La directrice ou le directeur général du foyer a confirmé que l'allégation d'abus envers la personne résidente aurait dû être signalée immédiatement au directeur.

Le fait de ne pas signaler immédiatement les allégations de mauvais traitements infligés aux personnes résidentes expose celles-ci à un risque accru de préjudice en cas d'autres incidents.

Sources : Rapport du SIC, dossier de santé de la personne résidente, notes d'enquête du foyer et entrevue avec le ou la DG.

AVIS ÉCRIT : Foyer sûr et sécuritaire

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

Non-respect de l'alinéa 12 (1) 3 du Règl. de l'Ont. 246/22

Portes dans le foyer

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

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

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les portes menant sur les aires non résidentielles soient gardées fermées et verrouillées pour empêcher l'accès non restreint par les personnes résidentes.

Justification et résumé

Le premier jour de l'inspection, on a observé que la salle du vide-ordures du foyer située au sous-sol, à côté des ascenseurs, était déverrouillée et qu'il n'y avait pas de personnel dans les environs pour la superviser. Les inspectrices ou inspecteurs ont observé un panneau affiché sur le vide-ordures qui indiquait qu'il existait un danger dû à la chute d'objets. De plus, on a observé qu'une porte menant à une salle à ordures qui semblait être une aire d'entreposage alimentaire étiquetée au sous-sol du bâtiment était déverrouillée. À l'intérieur de la pièce, de grands couteaux de cuisine ont été observés sur les étagères.

Le ou la DG a confirmé que les personnes résidentes pouvaient accéder au sous-sol par les ascenseurs, mais que le vide-ordures et les salles d'entreposage diététique n'étaient pas un espace pour les personnes résidentes et que la porte de cette pièce devrait être verrouillée lorsqu'elle était laissée sans surveillance.

Le fait de ne pas veiller à ce que les portes menant aux aires non résidentielles soient gardées fermées et verrouillées a posé un risque pour la sécurité des personnes résidentes.

Sources : Observations, Entrevue avec la directrice générale ou le directeur général.

AVIS ÉCRIT : Exigences générales

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

Non-respect du par. 34 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Exigences générales

Par. 34 (2) Le titulaire de permis veille à ce que les mesures prises à l'égard d'un résident dans le cadre d'un programme, notamment les évaluations, les réévaluations, les interventions et les réactions du résident aux interventions, soient documentées.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente fasse l'objet d'une évaluation de la douleur conformément à la politique du foyer, trimestriellement et liée à un rapport de nouvelle douleur.

Justification et résumé

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Le directeur a reçu une plainte écrite concernant une personne résidente qui avait des préoccupations concernant la gestion de la douleur, les soins inadéquats des plaies et le fait que le personnel n'avait pas reconnu les signes d'un problème de santé.

Un examen du programme de gestion de la douleur du foyer a révélé que le personnel inscrit évaluera officiellement les personnes résidentes pour noter la présence de douleur à l'admission et tous les trimestres par la suite au minimum. La politique indique qu'une réévaluation de la douleur est nécessaire en ce qui concerne les problèmes de peau, le retour de l'hôpital ou lorsque cela est cliniquement indiqué.

Un examen du dossier clinique de la personne résidente a indiqué qu'à une évaluation de la douleur a été effectuée à l'admission, lors du retour de l'hôpital, dans le cadre d'évaluations hebdomadaires de la peau à trois reprises, et une fois liées à un changement de pansement. Aucune évaluation trimestrielle de la douleur n'a été documentée.

La note du médecin concernant la personne résidente indiquait qu'elle ou il avait reçu un rapport indiquant que la personne résidente souffrait beaucoup pendant les soins et que la dose d'analgésiques nécessaires avait été augmentée. Un examen des notes d'évolution et des évaluations a révélé qu'aucune évaluation de la douleur n'avait été effectuée pendant cette période.

Le fait de ne pas évaluer la douleur de la personne résidente tous les trimestres et lorsqu'elle s'est plainte d'une nouvelle douleur l'a exposée à un risque de gestion inadéquate de la douleur et peut avoir limité l'identification des causes possibles sous-jacentes de la douleur.

Sources : entrevue avec la directrice ou le directeur des soins, dossier clinique de la personne résidente et programme de gestion de la douleur du foyer.

ORDRE DE CONFORMITÉ OC n° 001 Soins de la peau et des plaies

Non-respect de l'ordre de conformité n° 006 en vertu de la disposition 154 (1) 2. de la LRSLD (2021)

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

Soins de la peau et des plaies

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

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

(iv) est réévalué au moins une fois par semaine par un membre du personnel infirmier autorisé, si cela s'impose sur le plan clinique;

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

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

1. La ou le responsable de la peau et de la plaie recevra une formation ou une éducation avancée sur les évaluations de la peau et des plaies et les meilleures pratiques actuelles pour la gestion des plaies et y aura accès.
2. Tout le personnel inscrit recevra une formation en personne fournie par un fournisseur de soins de santé avec des connaissances avancées en matière de soins de la peau et des plaies concernant l'évaluation de la peau et des plaies et les meilleures pratiques actuelles pour la gestion des plaies.
3. Un dossier écrit sera conservé concernant le contenu de l'éducation présentée, le nom et la désignation de la personne qui a donné la formation, les noms des participantes et des participants, les dates auxquelles la formation a été donnée et les présences. Ces documents seront immédiatement mis à la disposition de l'inspectrice ou de l'inspecteur sur demande.
4. La ou le responsable de la peau et des plaies, en collaboration avec l'équipe de gestion des soins infirmiers, révisera, élaborera et mettra en œuvre un outil d'évaluation de la peau et des plaies cliniquement approprié. L'outil d'évaluation de la peau et de la plaie devrait au minimum comprendre les éléments suivants : une photo de la plaie, une vérification que les pansements sont posés comme prescrit et que le suivi approprié a été entrepris au besoin, par exemple un avis au médecin, un aiguillage vers la ou le diététiste et (ou) d'autres membres de l'équipe interdisciplinaire.
5. Un outil de vérification sera créé pour surveiller les plaies de toutes les personnes résidentes qui résident dans une zone spécifiée du foyer afin de s'assurer que les plaies sont évaluées sur une base hebdomadaire à l'aide d'un outil clinique de surveillance de la peau et des plaies (qui comprend une photo de la plaie), de vérifier que les pansements sont posés comme prescrit et qu'un suivi approprié (avis au médecin, aiguillage à la ou au diététiste) a été lancé si l'on observe la détérioration d'une plaie. Les vérifications seront effectuées par le personnel de gestion des soins infirmiers pendant une période de quatre semaines afin de suivre l'évaluation des plaies (avec photo) et la pose des pansements.
6. Les résultats des vérifications seront analysés par le personnel de gestion des soins infirmiers (y compris la directrice ou le directeur des soins et la ou le responsable des soins de la peau et des plaies) et un rapport sera généré qui résume les résultats des vérifications, y compris tous les domaines de préoccupation cernés et les recommandations d'amélioration.
7. Les résultats des vérifications et de l'évaluation seront immédiatement mis à la disposition de l'inspectrice ou de l'inspecteur sur demande.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente ayant subi une blessure par pression soit réévaluée au moins une fois par semaine par une personne autorisée.

Justification et résumé

Le directeur a reçu une plainte écrite concernant une personne résidente qui avait des préoccupations concernant la gestion de la douleur, les soins inadéquats des plaies et le fait que le personnel n'avait pas reconnu les signes d'un problème de santé.

La ou le responsable des soins de la peau et des plaies a indiqué qu'elle ou il n'a pas reçu de formation supplémentaire en tant que responsable des soins de la peau et des plaies et qu'elle ou il prend contact avec un spécialiste des plaies au besoin. Elle ou il a indiqué que les évaluations des plaies devraient être effectuées chaque semaine. La ou le responsable de la peau et de la plaie a indiqué qu'aucune formation supplémentaire n'est offerte au personnel inscrit responsable de l'évaluation des plaies ou des soins des plaies.

Les dossiers cliniques documentant l'évaluation des plaies pour la personne résidente ont été examinés.

À une date spécifiée, la blessure a été évaluée comme une plaie de pression dont le stade n'a pas pu être déterminé. Selon la plainte, lorsque la blessure a été évaluée par un médecin de l'hôpital, elle présentait du tissu nécrotique et s'étendait à l'os. Des changements quotidiens de pansement ont été effectués sans documentation supplémentaire indiquant la détérioration de la plaie.

Un examen des notes cliniques de la personne résidente liées à l'origine et à la progression de la plaie indique qu'elle avait été observée à l'origine à une date précise. Le médecin a rédigé des ordonnances pour des changements quotidiens de pansement et l'évaluation hebdomadaire de la blessure. Un examen du registre d'administration des médicaments (RAM) et du registre d'administration de traitement (RAT) a révélé que la blessure de la personne résidente n'avait pas été évaluée pendant deux semaines.

Le fait de ne pas réévaluer la blessure de la personne résidente au moins une fois par semaine l'a exposée à un risque d'évaluation et de soins inadéquats de la plaie, ce qui a entraîné une infection et une détérioration de la plaie.

Sources : entrevue avec la ou le responsable des soins de la peau et de la plaie, dossiers cliniques et évaluations de la personne résidente, RAM/RAT, lettre de plainte de la mandataire

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

spéciale ou du mandataire spécial

Cet ordre doit être respecté au plus tard le 31 octobre 2024

**ORDRE DE CONFORMITÉ OC n° 002 Programme de prévention et de
contrôle des infections**

Non-respect de l'ordre de conformité n° 007 en vertu de la disposition 154 (1) 2. de la LRSLD (2021)

Non-respect de l'alinéa 102 (9) a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programme de prévention et de contrôle des infections

Par. 102 (9) Le titulaire de permis veille à ce qui suit au cours de chaque quart de travail :

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

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

Le titulaire de permis doit s'assurer de ce qui suit :

1. Tous les fournisseurs de soins personnels et inscrits recevront une formation en personne sur la surveillance de tous les signes et symptômes d'infections, y compris l'altération de l'état mental ou le délire. La formation doit comprendre des lignes directrices pour la production de rapports, la documentation et le suivi approprié (algorithme – voir l'élément 4 ci-dessous). Un test de connaissances supervisé avec une note de réussite minimum de 80 % sera administré à la fin de la formation.
2. Un dossier écrit sera conservé concernant le contenu du matériel présenté, le nom et la désignation de la personne qui a donné la formation, les noms des participants et les dates de participation. Ces documents seront immédiatement mis à la disposition de l'inspectrice ou de l'inspecteur sur demande.
3. La ou le responsable de la PCI modifiera la feuille de surveillance quotidienne des symptômes afin d'y inclure l'état mental altéré, p. ex. une confusion qui est atypique pour la personne résidente, comme signe ou symptôme régulier et continu d'infection.
4. La ou responsable de la PCI créera un algorithme (conformément aux lignes directrices des meilleures pratiques de la RNAO sur le délire, la dépression et la démence) pour réagir à l'état mental altéré soupçonné ou identifié et le gérer et le fournira immédiatement à l'inspectrice ou à

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

l'inspecteur sur demande.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les symptômes d'infection de la personne résidente soient surveillés à chaque quart de travail.

Justification et résumé

Le directeur a reçu une plainte écrite concernant une personne résidente qui avait des préoccupations concernant la gestion de la douleur, les soins inadéquats des plaies et le fait que le personnel n'avait pas reconnu les signes d'un problème de santé particulier.

Un examen des dossiers cliniques de la personne résidente a révélé qu'à une date précise, il a reçu une intervention pour traiter une infection.

Un examen des notes cliniques ayant mené à l'hospitalisation de la personne résidente indique qu'elle présentait des signes et des symptômes inhabituels pour elle. La personne résidente avait présenté des symptômes liés à une infection et à une septicémie qui avaient nécessité d'autres interventions à l'hôpital quelques mois plus tôt.

Au cours d'une entrevue, la ou le responsable du projet (OSTC) a indiqué que le personnel ne recevait pas de formation supplémentaire sur la reconnaissance des signes d'un problème de santé particulier.

Un examen de la surveillance des symptômes d'infection pour une aire précise du foyer a révélé que la personne résidente n'avait pas fait l'objet d'une surveillance des signes d'infection pendant sept quarts de travail.

Dans une entrevue, la ou le responsable de la PCI a indiqué que l'on s'attendait à ce que toutes les personnes résidentes soient surveillées pour détecter tout signe d'infection à chaque quart de travail.

Le fait de ne pas surveiller la personne résidente pour détecter tout signe d'infection a limité la capacité de déterminer si le traitement de l'infection identifiée était efficace.

Sources : Le dossier clinique de la personne résidente, RAM, entrevue avec la ou le responsable de la PCI.

Cet ordre doit être respecté au plus tard le 31 octobre 2024

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

RENSEIGNEMENTS SUR LA RÉVISION/L'APPEL**PRENDRE ACTE**

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

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

La demande écrite de révision doit comprendre :

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

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

Directeur

a/s du coordonnateur des appels
Direction de l'inspection des soins de
longue durée du ministère des Soins de
longue durée
438, avenue University, 8^e étage
Toronto (Ontario) M7A 1N3

Courriel : MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Si la signification se fait :

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

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

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

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

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

Commission d'appel et de révision des services de santé

À l'attention du registrateur

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

151, rue Bloor Ouest, 9^e étage,
Toronto (Ontario) M5S 1S4

Directeur

a/s du coordonnateur des appels
Direction de l'inspection des 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

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.