

**Ministère des Soins de longue
durée**Division des opérations relatives aux
soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers**District du Centre-Est**33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : (844) 231-5702**Rapport public original****Date de publication du rapport :** 15 avril 2024**Numéro d'inspection :** 2024-1419-0001**Type****d'inspection :**Plainte
Incident grave
Suivi**Titulaire de permis :** St. Joseph's at Fleming**Foyer de soins de longue durée et ville :** St. Joseph's at Fleming, Peterborough**Inspectrice principale**

Karyn Wood (601)

Signature numérique de l'inspectriceKaryn L Wood
Signature numérique de Karyn L Wood
Date : 2024.05.02 17:44:08 -0400**Autres inspectrices**Rexel Cacayurin (741749)
Jennifer Batten (672)
Patricia Mata (571)**RÉSUMÉ DE L'INSPECTION**L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 26, 27 et 29 février 2024
et les 1^{er}, 4, 5-8, 11-15, 18 et 20 mars 2024.L'inspection a eu lieu hors site aux dates suivantes : 28 février 2024 et
19 mars 2024.

Les éléments suivants ont fait l'objet d'une inspection :

Trois rapports concernant des allégations de mauvais soins prodigués aux

**Ministère des Soins de longue
durée**

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

District du Centre-Est

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

Trois rapports concernant des allégations de mauvais traitements entre personnes résidentes.

Un rapport à plusieurs facettes comportant des préoccupations relatives aux soins offerts aux personnes résidentes, à des allégations de négligence, à l'entretien ménager, à la planification des menus et à la dotation.

Un rapport concernant des inquiétudes liées aux soins aux personnes résidentes avec allégations de négligence des personnes résidentes et de problèmes de dotation.

Un rapport concernant un suivi de l'ordre de conformité (OC) n° 001 suite à l'inspection n° 2023-1419-0003 conformément au sous-alinéa 27 (1) a) (ii) de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (LRSLD 2021) dont la date d'échéance de conformité (DEC) était le 10 janvier 2024.

Un rapport concernant un suivi de l'OC n° 003 à la suite de l'inspection n° 2023-1419-0003, conformément à l'art. 40 du Règl. de l'Ont. 246/22 dont la DEC était le 22 février 2024.

Un rapport concernant un suivi de l'OC n° 004 à la suite de l'inspection n° 2022-1419-0001 conformément à l'alinéa 102 (9) a) du Règl. de l'Ont. 246/22 dont la DEC était le 30 janvier 2023.

Un rapport concernant un suivi de l'OC n° 009 suite à l'inspection n° 2022-1419-0001 conformément au par. 24 (1) de la LRSLD 2021 dont la DEC était le 30 janvier 2023.

Une plainte reçue concernant des préoccupations en matière de soins aux personnes résidentes, des allégations de mauvais traitements et de négligence et le processus interne de traitement des plaintes.

**Ministère des Soins de longue
durée**

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

District du Centre-Est

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

Une plainte reçue concernant des allégations de négligence d'une personne résidente.

Trois rapports concernant la gestion des éclosions de maladies respiratoires et

Ministère des Soins de longue**durée**

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

District du Centre-Est

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

entériques.

Une plainte reçue concernant des allégations de mauvais traitements et de négligence du personnel envers les personnes résidentes.

Une plainte reçue comportant des allégations de mauvais traitements envers des personnes résidentes et des préoccupations concernant la gestion des chutes dont a été victime une personne résidente et la prévention et le contrôle des infections.

Un rapport concernant le décès inattendu d'une personne résidente.

Une plainte reçue concernant l'absence de participation du conseil de famille et du titulaire de permis à une rencontre suite à une invitation.

Un rapport concernant une personne résidente qui a subi une blessure d'origine inconnue.

Un rapport concernant une chute d'une personne résidente, ce qui a causé un grand changement dans son état de santé.

Ordres de conformité émis précédemment

Les ordres de conformité suivants qui ont été émis précédemment ont été jugés conformes :

L'ordre n° 001 suite à l'inspection n° 2023-1419-0003 conformément au sous-alinéa 27 (1) a) (ii) de la LRSLD 2021 a fait l'objet d'une inspection par Rexel Cacayurin. (741749)

L'ordre n° 003 suite à l'inspection n° 2023-1419-0003 conformément à l'art. 40 du Règl. de l'Ont. 246/22 a fait l'objet d'une inspection par Patricia Mata. (571)

**Ministère des Soins de longue
durée**

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

District du Centre-Est

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

L'ordre n° 004 suite à l'inspection n° 2022-1419-0001 conformément à l'Ali. 102 (9) a)

du Règl. de l'Ont. 246/22 a fait l'objet d'une inspection par Jennifer Batten. (672)

L'ordre n° 009 suite à l'inspection n° 2022-1419-0001 conformément au par. 24 (1) de
la LRSLD 2021 a fait l'objet d'une inspection par Karyn Wood. (601)

Les **protocoles d'inspection** suivants ont servi à mener cet exercice :

- Alimentation, nutrition et hydratation
- Gestion des médicaments
- Foyer sûr et sécuritaire
- Soins palliatifs
- Gestion de la douleur
- Prévention et gestion des chutes
- Soins aux résidents et services de soutien
- Prévention et gestion des soins de la peau et des plaies
- Conseil des résidents et conseil des familles
- Prévention et contrôle des infections
- Prévention des mauvais traitements et des cas de négligence
- Comportements réactifs
- Normes de dotation, de formation et de soins
- Rapports et plaintes

RÉSULTATS D'INSPECTION

Non-respect des exigences rectifié

**Ministère des Soins de longue
durée**

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

District du Centre-Est

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

Un cas de **non-respect** a été constaté au cours de cette inspection et il a été **rectifié** par le titulaire de permis avant la fin de l'inspection. L'inspectrice était d'avis que le cas était conforme à l'esprit du paragraphe 154(2) et aucune autre mesure ne s'imposait.

Non-respect n° 001 rectifié en vertu du par. 154 (2) de la LRSLD 2021

Non-respect conformément à : l'art. 69 de la LRSLD 2021

Ministère des Soins de longue**durée**

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

District du Centre-Est

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

Obligation du titulaire de permis de rencontrer le conseil conformément à l'art. 69. À l'invitation du conseil des résidents ou du conseil des familles, le titulaire de permis rencontre le conseil ou, s'il est une personne morale, il veille à ce que ses représentants le rencontrent.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à s'assurer de rencontrer le conseil suite à une invitation d'assister à une réunion du conseil des familles.

Justification et résumé

Une plainte a été soumise à la directrice ou au directeur concernant le refus du titulaire de permis d'assister à une réunion du conseil des familles.

Le représentant du conseil des familles invite la directrice générale ou le directeur général (DG) à participer à deux réunions du conseil des familles pour expliquer les rapports d'inspection du ministère des Soins de longue durée (MSLD). La directrice générale ou le directeur général a confirmé son refus d'assister aux réunions aux dates fournies par le représentant du conseil des familles en raison de son manque de disponibilité. La directrice générale ou le directeur général a pris des dispositions pour que la directrice ou le directeur des soins (DDS) et la directrice ou le directeur des services généraux (DDSG) rencontrent le conseil des familles, et ces deux personnes ont participé à une réunion du conseil des familles avant la fin de l'inspection.

Le fait de ne pas participer à une rencontre du conseil des familles sur demande représente une occasion ratée de permettre une communication ouverte avec les membres de la famille.

Sources : Communication par courriel entre le représentant du conseil des familles

**Ministère des Soins de longue
durée**

Division des opérations relatives aux
soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers
et DG, DDS; entrevues avec DG et DDS. [601]

District du Centre-Est

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

Date de mise en application du correctif : 19 mars 2024

**Ministère des Soins de longue
durée**

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

District du Centre-Est

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

AVIS ÉCRIT : Déclaration des droits des résidents

Avis écrit de non-conformité n° 002 aux termes de la LRSLD 2021, disposition 154 (1)
1.

Cas de non-conformité à : la LRSLD 2021, disposition 3 (1) 18.

Déclaration des droits des résidents

par. 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 :

18. Le résident a droit à son intimité dans le cadre de son traitement et de la satisfaction de ses besoins personnels.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que deux personnes résidentes jouissent de leur droit à l'intimité lorsque le personnel s'occupait de leurs besoins personnels.

Justification et résumé

À deux occasions distinctes, l'inspectrice a observé que deux personnes résidentes étaient dévêtues dans le couloir. Les préposés aux services de soutien à la personne (PSSP) fournissaient les soins personnels aux personnes résidentes. Les PSSP et la DDS ou le DDS ont indiqué que chaque personne résidente avait droit à son intimité lorsque le personnel veillait à lui fournir des soins personnels.

En ne veillant pas à ce que les portes de la chambre à coucher et/ou de la salle de bain soient bien fermées avant de fournir des soins personnels, le maintien du droit à l'intimité des personnes résidentes n'avait pas été assuré.

Sources : Observations de deux personnes résidentes et entrevues avec le personnel. [672]

**Ministère des Soins de longue
durée**

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

District du Centre-Est

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

AVIS ÉCRIT : Foyer : milieu sûr et sécuritaire

Avis écrit de non-conformité n° 003 aux termes de la LRSLD 2021, disposition 154 (1)
1.

**Ministère des Soins de longue
durée**

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

District du Centre-Est

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

Cas de non-conformité à : la LRSLD 2021, art. 5

Foyer : milieu sûr et sécuritaire

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à fournir un foyer qui soit un environnement sûr et sécuritaire pour les personnes résidentes.

Justification et résumé

L'inspectrice a observé plusieurs endroits où des lames de rasoir usagées étaient placées dans des bouteilles sans bouchon. Les bouteilles ouvertes contenant les lames de rasoir usagées étaient accessibles aux personnes résidentes, car elles étaient placées sur les comptoirs, les planchers des salles de bain et les tablettes de chacune des aires d'habitation des résidents (AHR).

Les PSSP et le personnel autorisé ont indiqué qu'il était courant de placer des lames de rasoir usagées dans des bouteilles sans bouchon, car les PSSP n'avaient pas immédiatement accès à des contenants de sécurité pour objets pointus ou tranchants. L'IAA a indiqué qu'il était de mise au foyer que les PSSP remplissent complètement les bouteilles avec des lames de rasoir usagées, puis les vident dans un grand contenant de sécurité pour objets pointus ou tranchants situé au poste du personnel infirmier. L'infirmière praticienne ou l'infirmier praticien (IP), la personne responsable de la PCI et la gestionnaire ou le gestionnaire de la qualité et des risques ont indiqué que, selon les attentes, le personnel doit mettre les lames de rasoir usagées dans un contenant de sécurité pour objets pointus ou tranchants, car les bouteilles sans bouchon présentent un risque pour la sécurité des personnes résidentes.

**Ministère des Soins de longue
durée**Division des opérations relatives aux
soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers

District du Centre-Est33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : (844) 231-5702

En ne s'assurant pas que les lames de rasoir usagées étaient disposées de façon sécuritaire dans des contenants pour objets pointus ou tranchants dans des aires accessibles aux personnes résidentes après leur utilisation, les personnes résidentes risquaient de subir des blessures physiques ou infectieuses.

Sources : Observations des salles de spa et des salles de bain des personnes résidentes; entrevues avec le personnel. [672]

AVIS ÉCRIT : Documentation

Avis écrit de non-conformité n° 004 aux termes de la LRSLD 2021, disposition 154 (1)
1.

Cas de non-conformité à : la LRSLD 2021, disposition 6 (9) 1.

Programme de soins

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

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

- 1) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la prestation des soins énoncés dans le programme de soins d'un résident soit documentée.

Justification et résumé

Un rapport d'incident grave a été soumis à la directrice ou au directeur au sujet d'une plainte écrite comportant des allégations de négligence d'une personne résidente.

La personne résidente dépendait du personnel pour se replacer et avoir accès à des soins de continence. Selon le programme de soins, le personnel devait tourner et replacer la personne résidente et lui fournir des soins de continence. Les PSSP

**Ministère des Soins de longue
durée**Division des opérations relatives aux
soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers

District du Centre-Est33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : (844) 231-5702

devaient documenter le moment où la personne résidente a été remplacée et a reçu des soins de continence à chaque quart de travail à l'aide du point de service. La documentation sur les soins personnels de la personne résidente était incomplète. L'une des personnes préposées aux services de soutien à la personne qui travaillait le jour des allégations ne se souvenait pas de détails précis concernant les soins fournis. La personne préposée aux services de soutien à la personne a indiqué que les contraintes de temps retardaient souvent la documentation et qu'il arrivait que la documentation au point de service ne tienne pas compte des soins réellement fournis.

**Ministère des Soins de longue
durée**

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

District du Centre-Est

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

Le fait de ne pas s'assurer de documenter les soins fournis qui sont énoncés dans le programme de soins de la personne résidente compromettrait son bien-être en raison d'une réduction de la capacité à surveiller et à évaluer efficacement les interventions.

Sources : Rapport d'enquête sur la documentation des personnes résidentes, programme de soins, notes évolutives; entrevues avec le personnel. [601]

2) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la prestation des soins énoncés dans le programme de soins d'un résident soit documentée.

Justification et résumé

Une plainte a été soumise à la directrice ou au directeur concernant des allégations de mauvais soins fournis à une personne résidente.

On a fourni à la personne résidente un traitement au besoin afin de maintenir le niveau des signes vitaux prescrit. Les entrevues avec les personnes préposées aux services de soutien à la personne (PSSP) et le personnel infirmier autorisé indiquant que la personne résidente avait souvent besoin du traitement prescrit. Le personnel infirmier autorisé ne documentait pas systématiquement les niveaux de signes vitaux spécifiés de la personne résidente ni le moment où la personne résidente recevait le traitement prescrit.

La personne résidente souffrait d'un problème de santé chronique et l'omission de mesurer, d'intervenir et de documenter les signes vitaux prescrits l'exposait à des complications médicales.

Sources : Dossier médical d'une personne résidente, y compris les notes évolutives,

**Ministère des Soins de longue
durée**

Division des opérations relatives aux
soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers

le programme de soins écrit, les dossiers des signes vitaux, les dossiers
électroniques d'administration des traitements (e-TAR) et les entrevues avec le
personnel. [601]

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : (844) 231-5702

Ministère des Soins de longue**durée**

Division des opérations relatives aux
soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : (844) 231-5702

AVIS ÉCRIT : Marche à suivre relative aux plaintes — titulaire de permis

Avis écrit de non-conformité n° 005 aux termes de la LRSLD 2021, disposition 154 (1)
1.

Cas de non-conformité à : la LRSLD 2021, alinéa 26 (1) c)

Marche à suivre relative aux plaintes — titulaire de permis

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

c) il transmet immédiatement au directeur, de la manière énoncée dans les
règlements, les plaintes écrites qu'il reçoit concernant les soins fournis à un
résident ou l'exploitation d'un foyer si elles sont présentées sous la forme prévue
par les règlements et qu'elles sont conformes à toute autre exigence que prévoient
les règlements.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une plainte écrite du mandataire spécial
d'une personne résidente ait été immédiatement transmise à la directrice ou au
directeur.

Justification et résumé

Un rapport d'incident grave a été soumis à la directrice ou au directeur au sujet d'une
plainte écrite comportant des allégations de négligence d'une personne résidente.

La plainte écrite a été envoyée par courriel au titulaire de permis par le mandataire
spécial de la personne résidente concernant des préoccupations relatives à
l'absence de soins personnels. La DDS ou le DDS a répondu par écrit au mandataire
spécial de la personne résidente plusieurs semaines après avoir reçu la plainte. Le

Ministère des Soins de longue**durée**

Division des opérations relatives aux
soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : (844) 231-5702

titulaire de permis a transmis la plainte écrite à la directrice ou au directeur à la suite d'une demande du mandataire spécial de la personne résidente. On n'a pas informé immédiatement la directrice ou le directeur de la plainte écrite, car le rapport d'incident grave n'a été soumis que plusieurs mois après que la plainte a été déposée pour la première fois par le mandataire spécial de la personne résidente. La DDS ou le DDS a reconnu que la plainte écrite n'avait pas été immédiatement transmise à la directrice ou au directeur, comme il se doit.

En ne s'assurant pas d'informer la directrice ou le directeur de la plainte écrite, la personne résidente risque que sa plainte ne fasse pas l'objet d'un suivi adéquat et au besoin.

Sources : Un rapport d'incident grave et des échanges par courriel entre le plaignant et le titulaire de permis et une entrevue avec la DDS ou le DDS. [601]

AVIS ÉCRIT : Plaintes concernant certaines questions : rapport au directeur

Avis écrit de non-conformité n° 006 aux termes de la LRSLD 2021, disposition 154 (1)
1.

Cas de non-conformité à : la LRSLD 2021, disposition 28 (1) 1.

Plaintes concernant certaines questions : rapport au directeur

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 :

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.

**Ministère des Soins de longue
durée**

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

District du Centre-Est

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne ayant des motifs raisonnables de soupçonner des soins inappropriés à une personne résidente, qui ont causé un préjudice ou un risque de préjudice, ait immédiatement signalé à la directrice ou au directeur les soupçons et les renseignements sur lesquels ils étaient fondés.

Justification et résumé

Une plainte a été soumise à la directrice ou au directeur par le mandataire spécial d'une personne résidente concernant des allégations selon lesquelles on ne pouvait justifier les blessures subies par la personne résidente et causées par le personnel

**Ministère des Soins de longue
durée**

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

District du Centre-Est

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

qui avait prodigué des soins avec rudesse.

Le programme de soins visait à ce que la personne résidente puisse être soignée par deux membres du personnel dans tous les cas de soins personnels, y compris le déplacement dans le lit et les transferts au moyen du lève-personne. L'examen du dossier et les entrevues avec les PSSP, le personnel infirmier autorisé et une entrevue avec le mandataire spécial de la personne résidente indiquent que plusieurs rapports ont été faits au personnel infirmier autorisé au sujet des allégations selon lesquelles le personnel prodiguait avec rudesse des soins au résident. La personne résidente a déclaré que deux membres du personnel n'étaient pas toujours présents pour le déplacement dans le lit et que le lève-personne n'avait pas été utilisé adéquatement à une occasion. L'examen du dossier et les entrevues avec les PSSP et le personnel infirmier autorisé indiquent que certains membres du personnel avaient replacé la personne résidente au lit sans la présence d'un deuxième membre du personnel pour l'épauler.

Une enquête interne a été ouverte à la suite de la troisième allégation de soins inadéquats qui a entraîné la mise en place d'un dispositif de déplacement pour la personne résidente. La personne résidente avait fourni le nom des membres du personnel et des allégations selon lesquelles le personnel était rude au moment de fournir des soins. Les dossiers d'enquête interne et les entrevues avec les PSSP dont le nom a été mentionné par la personne résidente indiquent que les PSSP n'avaient pas été mis au courant des allégations. Une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé a indiqué qu'il n'y avait pas d'autres dossiers de plaintes consignées concernant les plaintes déposées relativement aux allégations de soins fournis avec rudesse et de blessures inexplicables. Aucun rapport d'incident grave concernant les allégations de soins inadéquats ni appel à la ligne d'écoute en dehors des heures normales de bureau du Ministère n'a été relevé relativement aux allégations de soins prodigués avec rudesse.

**Ministère des Soins de longue
durée**

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

District du Centre-Est

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

Les allégations concernant les soins inadéquats du personnel prodigués à la personne résidente n'ont pas été signalées à la directrice ou au directeur et d'autres incidents pourraient se produire sans suivi adéquat.

Sources : Dossiers médicaux d'une personne résidente, y compris les notes évolutives, le programme de soins écrit, les rapports d'enquête documentaire, les documents d'enquête interne et les entrevues avec le personnel. [601]

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Avis écrit de non-conformité n° 007 aux termes de la LRSLD 2021, disposition 154 (1)
1.

Cas de non-conformité au : Règl. de l'Ont. 246/22, alinéa 29 (4) a)

Programme de soins

par. 29(4) Le titulaire de permis veille à ce qu'un diététiste agréé qui fait partie du personnel du foyer :

a) effectue une évaluation nutritionnelle pour tous les résidents au moment de leur admission et chaque fois qu'un changement important se produit dans l'état de santé d'une personne;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une diététiste agréée ou un diététiste agréé qui faisait partie du personnel du foyer ait effectué une évaluation nutritionnelle d'une personne résidente suite à un changement important de son état de santé.

Justification et résumé

**Ministère des Soins de longue
durée**

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

District du Centre-Est

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

Une plainte a été soumise à la directrice ou au directeur par le mandataire spécial d'une personne résidente concernant des allégations de soins inadéquats.

L'examen du dossier et les entrevues avec les PSSP et les IAA indiquent que la personne résidente avait du mal à se nourrir. On a tardé à collaborer avec la diététiste ou le diététiste concernant les difficultés de la personne résidente. La diététiste ou le diététiste a confirmé l'évaluation de la personne résidente pendant plusieurs semaines après que celle-ci eût éprouvé pour la première fois des problèmes à se nourrir.

**Ministère des Soins de longue
durée**

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

District du Centre-Est

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

Le fait de ne pas collaborer immédiatement avec la diététiste ou le diététiste pour évaluer et réviser le régime alimentaire lors d'un changement de l'état de santé de la personne résidente l'a exposée à un risque.

Sources : Courriels envoyés à la diététiste ou au diététiste, ordonnance du médecin sous forme numérique, notes évolutives et entrevues avec le personnel. [601]

AVIS ÉCRIT : Prendre un bain

Avis écrit de non-conformité n° 008 aux termes de la LRSLD 2021, disposition 154 (1)
1.

Cas de non-conformité au : Règl. de l'Ont. 246/22, par. 37 (1)

Prendre un bain

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

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

Justification et résumé

Une plainte a été soumise à la directrice ou au directeur selon laquelle les besoins en soins à prodiguer à une personne résidente n'étaient pas satisfaits, y compris l'absence de bains à lui donner.

**Ministère des Soins de longue
durée**

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

District du Centre-Est

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

Il n'y avait aucun dossier sur les bains donnés à la personne résidente dans l'application Point Click Care (PCC) concernant les jours prévus pour donner un bain, et ce, sur une période de plusieurs jours. L'IAA a indiqué dans la note évolutive que la personne résidente n'avait pas pris de bain pendant plusieurs jours et que l'information avait été confirmée dans l'application PCC. Une personne PSSP a indiqué qu'elle avait travaillé certains jours pendant lesquels aucun bain n'avait été donné et elle a confirmé qu'il manquait de personnel, mais elle n'a pas pu vérifier si la personne résidente avait reçu un bain.

Le fait de ne pas s'assurer que la personne résidente reçoit ses bains prévus deux fois par semaine pourrait nuire à sa qualité de vie et l'exposer à une mauvaise hygiène personnelle et à d'autres problèmes de soins.

Sources : Notes évolutives d'une personne résidente, documentation sur les bains administrés et entrevues avec le personnel. [741749]

AVIS ÉCRIT : Articles personnels et aides personnelles

Avis écrit de non-conformité n° 009 aux termes de la LRSLD 2021, disposition 154 (1)
1.

Cas de non-conformité au : Règl. de l'Ont. 246/22, alinéa 41 (1) (a)

Effets personnels et aides personnelles

par. 41(1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque résident du foyer ait ses effets personnels, notamment ses aides personnelles, comme des prothèses dentaires, des lunettes et des aides auditives :

a) étiquetés, dans les 48 heures de son admission et, dans le cas de nouveaux effets, de leur acquisition;

**Ministère des Soins de longue
durée**

Division des opérations relatives aux
soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les effets personnels des personnes résidentes soient étiquetés, comme il se doit.

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : (844) 231-5702

Justification et résumé

Les observations faites pendant l'inspection indiquent qu'il y avait plusieurs effets

**Ministère des Soins de longue
durée**

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

District du Centre-Est

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

personnels qui n'étaient pas étiquetés avec le nom de la personne résidente, comme il se doit. Les PSSP n'ont pas été en mesure d'indiquer à qui appartenaient certains des effets personnels. Les PSSP, les IAA et la personne responsable de la PCI ont indiqué que l'on s'attend dans le foyer à ce que tous les effets personnels soient étiquetés avec le nom de la personne résidente.

En ne s'assurant pas que tous les effets personnels étaient étiquetés, les personnes résidentes risquaient d'utiliser les effets personnels d'une autre personne résidente, ce qui pourrait être une source d'insalubrité.

Sources : Observation des chambres des personnes résidentes, des salles de bain/douche; entrevues avec le personnel. [672]

AVIS ÉCRIT : Programmes requis

Avis écrit de non-conformité n° 010 aux termes de la LRSLD 2021, disposition 154 (1) 1.

Cas de non-conformité au : Règl. de l'Ont. 246/22, disposition 53 (1) 1.

Programmes requis

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

1. Un programme de prévention et de gestion des chutes visant à diminuer le nombre de chutes et les risques de blessure.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un test de routine de blessures à la tête soit effectué après une chute, conformément à la politique du programme de gestion des chutes du titulaire de permis.

Ministère des Soins de longue

durée

Division des opérations relatives aux
soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : (844) 231-5702

Conformément à l'alinéa 11(1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis est tenu de se doter d'un programme de prévention et de gestion des chutes visant à diminuer le nombre de chutes des personnes résidentes et les risques de blessures et il faut le respecter.

Ministère des Soins de longue**durée**

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

District du Centre-Est

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

Plus précisément, le personnel n'a pas respecté la politique sur le test de routine des blessures à la tête du titulaire de permis à la suite d'une chute sans témoin.

Justification et résumé

Une plainte et un rapport d'incident grave ont été soumis à la directrice ou au directeur, alléguant que le personnel n'avait pas utilisé de lève-personne pour transférer une personne résidente vers son lit lorsqu'on l'a trouvé gisant au sol.

L'IAA a admis que l'on n'avait pas refait le test de routine de blessures à la tête pour la personne résidente qui a été trouvée gisant au sol, car un test avait été effectué lors d'une chute précédente.

Selon le Programme de gestion des chutes, le titulaire de permis demande au personnel infirmier autorisé d'effectuer un test de routine de blessures à la tête pour toutes les chutes sans témoin. Le test de routine de blessures à la tête doit démarrer sans tarder et ensuite toutes les 15 minutes pendant une heure, toutes les demi-heures pendant deux heures et ensuite toutes les quatre heures pendant 24 heures.

La personne résidente risquait qu'une lésion cérébrale ne soit pas diagnostiquée lorsque l'IAA n'a pas refait le test de routine de blessures à la tête après que la personne résidente a été trouvée gisante au sol.

Sources : Dossiers médicaux n° 012 d'une personne résidente, Programme de prévention et de gestion des chutes du titulaire de permis, entrevues avec l'IAA n° 116. [571]

Ministère des Soins de longue**durée**

Division des opérations relatives aux
soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : (844) 231-5702

AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes

Avis écrit de non-conformité n° 011 aux termes de la LRSLD 2021, disposition 154 (1) 1.

Cas de non-conformité au : Règl. de l'Ont. 246/22, par. 54 (2)

Prévention et gestion des chutes

par. 54(2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le résident qui fait une chute fasse l'objet d'une évaluation et à ce qu'une évaluation postérieure à sa chute soit effectuée au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour les chutes. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 54 (2); Règl. de l'Ont. 66/23, art. 11.

1) Le titulaire de permis n'a pas veillé, au moment de la chute d'une personne résidente, à ce qu'une évaluation postérieure à la chute soit effectuée à l'aide d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique.

Justification et résumé

Une plainte et un rapport d'incident grave ont été soumis à la directrice ou au directeur, alléguant que le personnel n'avait pas utilisé de lève-personne pour transférer une personne résidente vers son lit après une chute.

L'IAA a reconnu qu'une personne résidente avait été trouvée gisante au sol.

Les dossiers médicaux de la personne résidente ne contenaient aucun document indiquant qu'elle était tombée à ce moment-là et aucune évaluation n'a été effectuée à l'aide d'un outil approprié sur le plan clinique.

Le titulaire de permis a exposé la personne résidente à un risque de préjudice lorsque l'IAA n'a pas documenté d'évaluation au moyen d'un outil approprié 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

District du Centre-Est

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

Sources : Rapport d'incident grave, dossiers cliniques d'une personne résidente,
entrevue avec IAA, dossiers d'enquête du titulaire de permis. [571]

2) Le titulaire de permis n'a pas veillé, suite à la chute d'une personne résidente,
à ce que celle-ci fasse l'objet d'une évaluation et à ce qu'une évaluation
postérieure à sa chute soit effectuée au moyen d'un outil d'évaluation approprié
sur le plan clinique conçu expressément pour les chutes.

Justification et résumé

Ministère des Soins de longue**durée**

Division des opérations relatives aux
soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : (844) 231-5702

Un rapport d'incident grave a été soumis à la directrice ou au directeur, indiquant que la personne résidente avait été trouvée dans son lit et qu'elle hurlait de douleur. Selon le diagnostic, la personne résidente avait une blessure qui a entraîné un changement important de son état. Le rapport d'incident grave indiquait que la blessure était d'origine inconnue, mais on croyait que la personne résidente avait subi une chute sans témoin et que l'on devait mener une enquête interne pour en déterminer la cause. L'examen du dossier de santé électronique et du dossier interne de la personne résidente n'indiquait pas que l'on avait effectué une évaluation postérieure à la chute ni une enquête interne.

Au cours d'entrevues distinctes, la gestionnaire ou le gestionnaire de l'aire d'habitation (GAH) n° 131, la DDS ou le DDS et la gestionnaire ou le gestionnaire de la qualité ont indiqué que, selon les attentes, le foyer doit effectuer une évaluation postérieure à la chute après chaque chute d'une personne résidente ainsi qu'une enquête interne pour chaque incident de blessure d'origine inconnue.

En ne s'assurant pas qu'une évaluation postérieure à la chute a été effectuée à l'aide d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour les chutes et/ou qu'une enquête interne a été menée sur la cause de la blessure de la personne résidente, cette dernière risquait de subir d'autres blessures et/ou d'être victime d'une chute sans témoin.

Sources : Un rapport d'incident grave, les dossiers médicaux d'une personne résidente, le dossier d'enquête interne et les entrevues avec le personnel. [672]

AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies

**Ministère des Soins de longue
durée**

Division des opérations relatives aux
soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : (844) 231-5702

Avis écrit de non-conformité n° 012 aux termes de la LRSLD 2021, disposition 154 (1) 1.

Cas de non-conformité au : Règl. de l'Ont. 246/22, sous-alinéa 55 (2) a) (ii)

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 :

Ministère des Soins de longue**durée**

Division des opérations relatives aux
soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : (844) 231-5702

a) le résident dont l'intégrité épidermique risque d'être altérée se fait évaluer la peau par un membre du personnel infirmier autorisé;

(ii) dès son retour de l'hôpital, le cas échéant,

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente reçoive une évaluation de la peau par un membre du personnel infirmier autorisé dès son retour de l'hôpital.

Justification et résumé

Une personne résidente a subi une blessure diagnostiquée pour laquelle elle a été admise à l'hôpital pendant une période déterminée. Le dossier de santé électronique de la personne résidente n'indiquait pas que celle-ci avait obtenu une évaluation cutanée par un membre du personnel infirmier autorisé dès son retour de l'hôpital.

Au cours d'entrevues distinctes, les IAA ont indiqué que, selon les attentes, chaque personne résidente devait obtenir une évaluation de la peau de la tête aux pieds, qui serait documentée dans le dossier de santé électronique du résident pendant le même quart de travail au cours duquel la personne résidente revenait de l'hôpital. Cette information a été vérifiée par la personne GAH n° 131.

En ne s'assurant pas que la personne résidente a reçu une évaluation de la peau par un membre du personnel infirmier autorisé dès son retour de l'hôpital, la personne résidente est exposée au risque que des régions dont l'intégrité épidermique est altérée passent inaperçues ou ne soient pas traitées.

Sources : Un rapport d'incident grave, les dossiers médicaux d'une personne résidente et des entrevues avec le personnel. [672]

**Ministère des Soins de longue
durée**

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

District du Centre-Est

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

AVIS ÉCRIT : Comportements et altercations

Avis écrit de non-conformité n° 013 aux termes de la LRSLD 2021, disposition 154 (1) 1.

**Ministère des Soins de longue
durée**

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

District du Centre-Est

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

Cas de non-conformité au : Règl. de l'Ont., disposition 60 (a)

Comportements et altercations

art. 60. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

(a) des marches à suivre et des mesures d'intervention sont élaborées et mises en œuvre pour aider les résidents et les membres du personnel qui risquent de subir ou qui subissent un préjudice en raison des comportements d'un résident, notamment de ses comportements réactifs, et pour réduire au minimum les risques d'altercations et d'interactions susceptibles de causer un préjudice entre et parmi les résidents;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des marches à suivre et des mesures d'intervention soient élaborées et mises en œuvre pour réduire au minimum les risques d'altercations et d'interactions susceptibles de causer un préjudice entre et parmi les personnes résidentes.

Justification et résumé

Un rapport d'incident grave a été soumis à la directrice ou au directeur concernant une allégation de mauvais traitements entre deux personnes résidentes.

Sur une période de trois mois, une personne résidente a été impliquée dans deux altercations avec une autre personne résidente.

Aucune mesure d'intervention liée aux comportements réactifs envers ou par d'autres personnes résidentes n'a été mentionnée dans le programme de soins de la personne résidente.

Le titulaire de permis a exposé la personne résidente à un risque de préjudice

**Ministère des Soins de longue
durée**

Division des opérations relatives aux
soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : (844) 231-5702

lorsqu'il n'a pas veillé à ce que des marches à suivre et des mesures d'intervention soient élaborées et mises en œuvre pour réduire au minimum les risques d'altercations et d'interactions susceptibles de causer un préjudice entre les deux personnes résidentes.

Sources : Dossiers médicaux de personnes résidentes et entrevues avec le personnel. [571]

**Ministère des Soins de longue
durée**

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

District du Centre-Est

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

AVIS ÉCRIT : Entretien ménager

Avis écrit de non-conformité n° 014 aux termes de la LRSLD 2021, disposition 154 (1) 1.

Cas de non-conformité au : Régl. de l'Ont. 246/22, sous-alinéa 93 (2) b) (ii)

Entretien ménager

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

(b) le nettoyage et la désinfection des articles suivants conformément aux instructions du fabricant et au moyen, au minimum, d'un désinfectant de faible niveau conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises :

(ii) les fournitures et appareils, y compris les appareils d'aide personnelle, les appareils fonctionnels et les aides pour changer de position,

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des marches à suivre soient mises en œuvre concernant les pratiques de nettoyage et de désinfection du matériel de soins aux personnes résidentes, comme les appareils d'aide personnelle, les appareils fonctionnels et les aides pour changer de position.

Justification et résumé

Tout au long de l'inspection dans le cadre de l'évaluation de la PCI, l'inspectrice n° 672 a observé de multiples incidents liés aux soins administrés aux personnes résidentes par le personnel ayant recours au lève-personne. Les PSSP avaient recours à un lève-personne entre les personnes résidentes sans les nettoyer ou les désinfecter entre chaque utilisation, et on a souligné qu'aucun des lève-personnes utilisés n'était doté de lingettes désinfectantes pour que le personnel puisse y avoir recours. L'inspectrice a également observé des pratiques d'évaluation de l'état de

**Ministère des Soins de longue
durée**

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

District du Centre-Est

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

santé des personnes résidentes par le personnel infirmier dans l'ensemble du foyer à l'aide du matériel d'évaluation des signes vitaux comme les tensiomètres et les moniteurs SpO2. Aucune observation n'a été faite concernant les pratiques du personnel visant à nettoyer ou à désinfecter du matériel entre chaque utilisation par les personnes résidentes.

**Ministère des Soins de longue
durée**

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

District du Centre-Est

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

Au cours d'entrevues distinctes, les PSSP n^{os} 135 et 142 ont indiqué que les lève-personnes devaient être nettoyés et désinfectés une fois au début de chaque journée. Les PSSP n^{os} 139 et 140 ont indiqué que les lève-personnes devaient être nettoyés et désinfectés une seule fois au début de chaque quart de travail. Les PSSP n^{os} 123 et 124 ont indiqué, selon les attentes du foyer, que les lève-personnes doivent être désinfectés entre chaque personne résidente, mais aucun des lève-personnes ne contenait de lingettes désinfectantes et que le personnel n'avait pas le temps d'aller récupérer des lingettes entre les incidents liés aux soins aux personnes résidentes. Les IAA n^{os} 122, 149 et 155 ont indiqué, selon les attentes du foyer, que chaque appareil servant à évaluer les signes vitaux doit être désinfecté entre chaque personne résidente, mais que le personnel n'avait pas le temps d'aller récupérer des lingettes entre les incidents liés aux soins aux personnes résidentes. La personne responsable de la PCI, la personne gestionnaire de la PCI et la DDS ou le DDS ont indiqué, selon les attentes du foyer, que les lève-personnes et le matériel d'évaluation des signes vitaux doivent être désinfectés entre chaque utilisation par les personnes résidentes.

En ne s'assurant pas que des marches à suivre ont été mises en œuvre concernant les pratiques de nettoyage et de désinfection de l'équipement lié aux soins aux personnes résidentes, comme les appareils d'aide personnelle, les appareils fonctionnels et les aides pour changer de position, les personnes résidentes étaient exposées au risque de subir une infection en raison de mauvaises pratiques de PCI.

Sources : Observations et entrevues avec le personnel. [672]

**AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des
infections**

**Ministère des Soins de longue
durée**

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

District du Centre-Est

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

Avis écrit de non-conformité n° 015 aux termes de la LRSLD 2021, disposition 154 (1) 1.

Cas de non-conformité au : Règl. de l'Ont. 246/22, alinéa 102 (4) b)

Programme de prévention et de contrôle des infections
par. 102 (4) Le titulaire de permis 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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : (844) 231-5702

b) l'équipe interdisciplinaire de prévention et de contrôle des infections, qui comprend le responsable de la prévention et du contrôle des infections, le directeur médical, le directeur des soins infirmiers et des soins personnels, et l'administrateur, coordonne et met en œuvre le programme.

Le titulaire de permis ne s'est pas assuré que l'équipe interdisciplinaire de PCI englobait la directrice médicale ou le directeur médical.

Justification et résumé

Au cours de l'examen du programme interne de PCI, l'inspectrice n° 672 a passé en revue le procès-verbal des réunions internes de l'équipe interdisciplinaire de PCI et a constaté que le nom de la directrice médicale ou du directeur médical n'était pas inscrit comme membre de l'équipe et n'ayant participé à aucune des réunions. La personne responsable désignée de la PCI a vérifié que l'équipe interne de PCI n'englobait pas la directrice médicale ou le directeur médical. La personne responsable de la PCI a indiqué qu'elle n'était pas au courant de l'exigence prévue par la loi selon laquelle la directrice médicale ou le directeur médical doit faire partie de l'équipe.

En ne s'assurant pas que la directrice médicale ou le directeur médical faisait partie de l'équipe interdisciplinaire de PCI, la santé des personnes résidentes était exposée au risque que la directrice médicale ou le directeur médical ne mette en place de directive sur la mise en œuvre des interventions de PCI et/ou qu'elle ou il ne soit peut-être pas au courant des tendances en matière de contrôle des infections qui peuvent sévir dans le foyer.

Sources : Procès-verbaux des réunions internes de l'équipe interdisciplinaire de

**Ministère des Soins de longue
durée**

Division des opérations relatives aux
soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers

PCI et entrevue avec la personne responsable de la PCI. [672]

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : (844) 231-5702

**AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des
infections**

Ministère des Soins de longue

durée

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

District du Centre-Est

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

Avis écrit de non-conformité n° 016 aux termes de la LRSLD 2021, disposition 154 (1) 1.

Cas de non-conformité au : Règl. de l'Ont. 246/22, alinéa 102 (4) d)

Programme de prévention et de contrôle des infections

par. 102(4) Le titulaire de permis veille à ce qui suit :

d) le médecin-hygiéniste local nommé en vertu de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* ou la personne qu'il désigne est invité à assister aux réunions.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le médecin-hygiéniste local nommé en vertu de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* ou la personne qu'il désigne soit invité à assister aux réunions de PCI.

Justification et résumé

Au cours de l'examen du programme interne de PCI, l'inspectrice n° 672 a passé en revue le procès-verbal et les invitations aux réunions internes de l'équipe interdisciplinaire de PCI et a constaté que la personne qui occupe le poste de médecin-hygiéniste local nommé conformément à la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* ou son représentant ne figurait pas parmi les participants. Au cours d'entrevues distinctes, la personne responsable de la PCI a indiqué que la personne gestionnaire de la PCI était chargée d'inviter les participants aux réunions de PCI, mais que la présence de la médecin-hygiéniste ou du médecin-hygiéniste local n'avait jamais été observée à une réunion. La personne responsable de la PCI et la personne gestionnaire de la PCI ont toutes deux vérifié que le médecin-hygiéniste ou le médecin-hygiéniste local nommé conformément à la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* ou la personne qu'il désigne n'avait pas reçu d'invitation à participer aux réunions de PCI et ni l'une ni l'autre n'était au courant de l'exigence prévue par la loi selon laquelle le médecin-hygiéniste ou le médecin-hygiéniste local doit être invité.

**Ministère des Soins de longue
durée**Division des opérations relatives aux
soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers

District du Centre-Est33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : (844) 231-5702

En ne s'assurant pas que le médecin-hygiéniste ou le médecin-hygiéniste local nommé conformément à la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* ou la personne qu'il désigne était invité aux réunions de PCI, la santé des personnes résidentes a été mise en danger parce que le médecin-hygiéniste ou le médecin-hygiéniste n'avait peut-être pas mis en place de directives sur la mise en œuvre des interventions de PCI ou n'était peut-être pas au courant des tendances en matière de contrôle des infections dans le foyer.

Sources : Procès-verbaux et invitations aux réunions internes de l'équipe interdisciplinaire de PCI et entrevues avec la personne responsable de la PCI et la personne gestionnaire de la PCI. [672]

AVIS ÉCRIT : Traitement des plaintes

Avis écrit de non-conformité n° 017 aux termes de la LRSLD 2021, disposition 154 (1) 1.

Cas de non-conformité au : Règl. de l'Ont. 246/22, disposition 108 (1) 1.

Traitement des plaintes

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

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

1) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le mandataire d'une personne résidente ait reçu une réponse à sa plainte dans les 10 jours ouvrables suivant la réception de la plainte.

**Ministère des Soins de longue
durée**

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

District du Centre-Est

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

Justification et résumé

Un incident grave a été soumis à la directrice ou au directeur au sujet d'allégations de négligence. Une plainte écrite a été transmise par courriel par le mandataire spécial d'une personne résidente au titulaire de permis concernant des préoccupations relatives aux soins. Plusieurs semaines plus tard, un deuxième courriel a été envoyé au titulaire de permis lorsque le mandataire spécial de la personne résidente n'avait pas reçu de réponse au sujet de sa plainte. La DDS ou le DDS a répondu par écrit au mandataire spécial de la personne résidente après avoir reçu la deuxième plainte écrite et la réponse ne précisait pas si les allégations de soins inappropriés étaient fondées ou non. La DDS ou le DDS a vérifié que le mandataire spécial de la personne résidente n'avait pas reçu de réponse dans les 10 jours ouvrables suivant la réception de la plainte.

L'absence d'enquête et de règlement sur les plaintes relatives aux soins administrés aux personnes résidentes conformément au processus de traitement des plaintes ne permet pas d'assurer un suivi adéquat.

Sources : Un rapport d'incident grave et des échanges par courriel entre le plaignant et le titulaire de permis et une entrevue avec la DDS ou le DDS. [601]

2) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les plaintes verbales qui faisaient état de préoccupations liées aux soins d'une personne résidente aient fait l'objet d'une enquête et soient réglées dans la mesure du possible et qu'une réponse ait été fournie dans les 10 jours ouvrables après avoir reçu les plaintes.

Justification et résumé

**Ministère des Soins de longue
durée**

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

District du Centre-Est

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

Une plainte a été soumise à la directrice ou au directeur par le mandataire spécial de la personne résidente concernant des allégations selon lesquelles la personne résidente a subi une blessure parce que le personnel avait fait preuve de rudesse en administrant des soins.

L'examen des dossiers, les entrevues avec les PSSP, le personnel infirmier autorisé et le mandataire spécial de la personne résidente indiquent que des rapports ont été faits à divers membres du personnel infirmier autorisé concernant des allégations selon lesquelles le personnel avait fourni avec rudesse des soins au résident. Une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé a reconnu qu'elle ou qu'il était au courant de l'une des allégations de soins inappropriés et qu'il ou elle avait mené une enquête. Aucune donnée probante n'indique que le personnel visé par les allégations a été mis au courant des préoccupations relatives aux soins prodigués qui ont été soulevées par la personne résidente et son mandataire spécial. Aucune donnée probante n'indique que des mesures ont été prises pour donner suite aux préoccupations verbales concernant le fait que le personnel avait fait preuve de rudesse pendant l'administration des soins et qu'aucune réponse écrite n'avait été fournie au plaignant.

L'absence d'enquête et de règlement sur les plaintes relatives aux soins administrés aux personnes résidentes conformément au processus de traitement des plaintes a causé un risque de préjudice à la personne résidente. Les causes profondes des préoccupations de la personne résidente n'ont pas été cernées.

Sources : Les notes évolutives d'une personne résidente, les notes d'enquête, les registres des plaintes et les entrevues avec le personnel [601].

AVIS ÉCRIT : Rapports : incidents graves

**Ministère des Soins de longue
durée**Division des opérations relatives aux
soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers

District du Centre-Est33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : (844) 231-5702

Avis écrit de non-conformité n° 018 aux termes de la LRSLD 2021, disposition 154 (1) 1.

Cas de non-conformité au : Règl. de l'Ont. 246/22, disposition 115 (1) 5.

Rapports : incidents graves

par. 115(1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille, d'une part, à immédiatement informer le directeur, de façon aussi détaillée que possible dans les circonstances, des incidents suivants et, d'autre part, à faire suivre le rapport exigé au paragraphe (5) :

5. L'écllosion d'une maladie importante sur le plan de la santé publique ou d'une maladie transmissible au sens de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à informer immédiatement la directrice ou le directeur lorsqu'une éclosion entérique a été signalée pour le foyer par le bureau de santé publique local.

Justification et résumé

Une éclosion entérique a été signalée pour le foyer, mais on n'a pas informé la directrice ou le directeur au sujet de cette éclosion jusqu'à plusieurs jours après le signalement de cette éclosion. La personne responsable de la PCI a indiqué qu'elle était au courant des exigences en matière de signalement des éclosions dans le foyer et qu'elle croyait avoir sauvegardé le rapport d'éclosion dans le système d'incidents graves, mais qu'elle ne l'avait pas soumis à la directrice ou au directeur.

En ne s'assurant pas d'informer immédiatement la directrice ou le directeur qu'une éclosion entérique avait été signalée pour le foyer par le bureau de santé publique local, la sécurité des personnes résidentes a été mise en danger en raison d'un manque de transparence et de communication avec le directeur ou la directrice.

Sources : Un rapport d'incident grave et les entrevues avec la personne responsable de la PCI. [672]

**Ministère des Soins de longue
durée**

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

District du Centre-Est

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

AVIS ÉCRIT : Rapports : incidents graves

Avis écrit de non-conformité n° 019 aux termes de la LRSLD 2021, disposition 154 (1) 1.

Cas de non-conformité au : Règl. de l'Ont. 246/22, disposition 115 (5) 3. v.

Rapports : incidents graves

par. 115(5) Le titulaire de permis qui est tenu d'informer le directeur d'un incident en application du paragraphe (1), (3) ou (4), dans les 10 jours qui suivent le moment où il prend connaissance de l'incident, ou plus tôt si le directeur l'exige, fait un rapport écrit au directeur où figurent les renseignements suivants à l'égard de l'incident :

3. Les mesures prises par suite de l'incident, notamment :

v. le résultat atteint ou l'état actuel du ou des particuliers impliqués dans l'incident.

1) Le titulaire de permis n'a pas veillé à informer la directrice ou le directeur du résultat et de l'état actuel d'une personne résidente, qui a subi une blessure d'origine inconnue, d'où son transfert à l'hôpital et un changement important de son état.

Ministère des Soins de longue**durée**

Division des opérations relatives aux
soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : (844) 231-5702

Justification et résumé

La personne résidente a été évaluée après avoir constaté qu'elle se tordait de douleur dans son lit. Comme on a remarqué que la personne résidente avait une blessure, elle a été transférée à l'hôpital. Le titulaire de permis a informé la directrice ou le directeur de l'incident au moyen du système de signalement des incidents graves et l'information a été modifiée le lendemain pour indiquer que la personne résidente avait été admise à l'hôpital et qu'une blessure avait été diagnostiquée. Le titulaire de permis a indiqué qu'une enquête interne devait être menée sur la cause de la blessure de la personne résidente. Le rapport d'incident grave n'a pas été modifié pour inclure le résultat ou l'état actuel de la personne résidente à la suite du transfert vers l'hôpital, le résultat de l'enquête interne sur la blessure de la personne résidente, ni les mesures à long terme mises en œuvre pour rectifier la situation et prévenir qu'un tel incident se reproduise.

La personne GAH n° 131 a vérifié que l'on était au courant de l'exigence législative de mettre à jour le rapport et que le rapport d'incidents graves n'avait pas été modifié comme il se doit.

En ne s'assurant pas d'informer la directrice ou le directeur du résultat de l'enquête interne sur la cause de la blessure de la personne résidente, du résultat ou de l'état actuel de la personne résidente à la suite de son transfert vers l'hôpital, ni des mesures à long terme mises en œuvre pour corriger la situation et prévenir qu'un tel incident se reproduise, la sécurité de la personne résidente a pu être mise en danger en raison d'un manque de transparence et de communication constante avec le directeur ou la directrice, ce qui pourrait exposer les personnes résidentes à d'autres blessures d'origine inconnue.

Sources : Un rapport sur les incidents graves et une entrevue avec la personne

**Ministère des Soins de longue
durée**

Division des opérations relatives aux
soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers

GAH n° 131. [672]

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : (844) 231-5702

2) Le titulaire de permis n'a pas veillé à informer la directrice ou le directeur du résultat ou de l'état actuel d'une personne résidente qui a été victime d'une chute, d'où un important changement de son état.

**Ministère des Soins de longue
durée**

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

District du Centre-Est

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

Justification et résumé

La personne résidente a subi une chute, d'où son transfert à l'hôpital et son diagnostic de blessure. Le titulaire de permis a avisé la directrice ou le directeur par l'entremise du système d'incidents graves et il a indiqué que la personne résidente avait été admise à l'hôpital et que celle-ci était en attente d'une intervention particulière. Le rapport d'incident grave n'a pas été modifié pour inclure le résultat ou l'état actuel de la personne résidente à la suite de l'intervention, ni pour indiquer quelles mesures à long terme ont été mises en œuvre pour corriger la situation et prévenir qu'un tel incident se reproduise.

La personne GAH n° 105 a vérifié que l'on était responsable de remplir le rapport d'incident grave, que l'on était au courant de l'exigence législative de mettre à jour le rapport et que le rapport d'incident grave n'avait pas été modifié, comme il se doit.

En ne s'assurant pas d'informer la directrice ou le directeur du résultat et de l'état actuel de la personne résidente à la suite de la chute, la sécurité de la personne résidente a pu être mise en danger en raison d'un manque de transparence et de communication constante avec la directrice ou le directeur.

Sources : Un rapport d'incident grave et une entrevue avec la personne GAH n° 105. [672]

AVIS ÉCRIT : Entreposage sécuritaire des médicaments

Avis écrit de non-conformité n° 020 aux termes de la LRSLD 2021, disposition 154 (1)
1.

**Ministère des Soins de longue
durée**

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

District du Centre-Est

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

Cas de non-conformité au : Règl. de l'Ont. 246/22, sous-alinéa 138 (1) a) (ii)

Entreposage sécuritaire des médicaments

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

a) les médicaments sont entreposés dans un endroit ou un chariot à médicaments
qui réunit les conditions suivantes :

(ii) il est sûr et verrouillé,

Ministère des Soins de longue**durée**

Division des opérations relatives aux
soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : (844) 231-5702

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les médicaments de plusieurs personnes résidentes soient entreposés dans un endroit sûr et verrouillé.

Justification et résumé

L'inspectrice n° 741749 a observé la présence d'un médicament sous forme d'onguent d'un résident qui était conservé dans son tiroir déverrouillé à l'intérieur de sa chambre. L'inspectrice n° 672 a observé la présence de crèmes thérapeutiques médicamenteuses et de médicaments dans un lieu non sûr dans plusieurs chambres et salles de bain de personnes résidentes dans chacune des AHR. Cette situation a été signalée à plusieurs membres du personnel de première ligne et du personnel infirmier autorisé. Au cours d'autres observations tout au long de la durée de l'inspection, l'inspectrice a continué d'observer la présence de médicaments et de crèmes thérapeutiques médicamenteuses dans plusieurs chambres et salles de bain des personnes résidentes.

Les PSSP, le personnel autorisé, les personnes résidentes et un aidant essentiel (AE) ont indiqué que les médicaments ou les crèmes thérapeutiques médicamenteuses étaient régulièrement entreposés dans les chambres ou les salles de bain des personnes résidentes. Les PSSP, les IAA et la personne responsable du programme de gestion des médicaments ont vérifié que les médicaments et les crèmes thérapeutiques médicamenteuses devaient être conservés en lieu sûr et toujours verrouillés dans les zones appropriées ou dans le chariot d'administration de médicaments lorsqu'ils ne sont pas utilisés par le personnel.

L'inspectrice n° 672 a fait deux observations sur le repas du midi et il a été constaté que la personne résidente n° 033 recevait un repas sur un plateau à sa chambre et que plusieurs médicaments lui avaient été administrés par l'IAA n° 122, qui a quitté les lieux sans veiller à s'assurer que la personne résidente avait pris ses

Ministère des Soins de longue**durée**

Division des opérations relatives aux
soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : (844) 231-5702

médicaments. La personne résidente a attendu plus de 40 minutes après la livraison des médicaments pour les prendre.

Lors d'une autre observation sur le repas du midi, l'inspectrice n° 672 a constaté que la personne résidente n° 085 avait reçu plusieurs médicaments à la table à manger au début du service de repas par l'IAA n° 155, qui a quitté sans s'assurer que la personne résidente avait pris ses médicaments. On a constaté que la personne résidente souffrait d'une certaine déficience cognitive, tout comme ses voisins de table, et on a remarqué qu'elle attendait la fin du repas pour prendre ses médicaments.

Au cours d'entrevues distinctes, les personnes résidentes n°s 033 et 085 ont indiqué que des médicaments leur avaient été livrés régulièrement au début des services du repas, mais qu'elles n'avaient pris les médicaments qu'à la fin du repas. Les IAA n°s 122 et 155 ont vérifié pour veiller à administrer régulièrement les médicaments aux personnes résidentes n°s 033 et 085 au début de chaque repas, mais les personnes résidentes avaient l'habitude de ne pas y toucher jusqu'à ce que leur repas soit terminé, car elles n'aimaient pas les prendre à jeun. Les IAA n°s 122 et 155 ont indiqué ne pas toujours être en mesure de voir les médicaments après leur livraison aux personnes résidentes et que l'on s'attendait à ce que les médicaments ne soient pas laissés sans surveillance aux personnes résidentes.

En ne s'assurant pas que les médicaments étaient entreposés dans un endroit ou dans un chariot à médicaments ou de traitement en lieu sûr et verrouillé, les personnes résidentes étaient exposées à un risque possible d'exposition, de prise et/ou d'utilisation ou d'application inappropriée de plusieurs médicaments et crèmes thérapeutiques médicamenteuses.

Sources : Observations faites par les inspectrices n°s 741749 et 672, ordonnances du médecin pour plusieurs personnes résidentes, médicaments prescrits commandés

**Ministère des Soins de longue
durée**

Division des opérations relatives aux
soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers

par voie électronique et e-TAR, entrevues avec les personnes résidentes, les aidants
essentiels, les PSSP, les IAA et les responsables du programme de gestion des
médicaments. [672] [741749]

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : (844) 231-5702

AVIS ÉCRIT : Administration des médicaments

Avis écrit de non-conformité n° 021 aux termes de la LRSLD 2021, disposition 154 (1) 1.

Cas de non-conformité au : Règl. de l'Ont. 246/22, par. 140 (1)

Ministère des Soins de longue**durée**

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

District du Centre-Est

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

Administration des médicaments

par. 140(1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qu'aucun médicament ne soit utilisé par un résident du foyer ou ne lui soit administré, à moins que le médicament ne lui ait été prescrit. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 140 (1)

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'aucun médicament n'ait été utilisé par une personne résidente du foyer, à moins que le médicament ne lui ait été prescrit.

Justification et résumé

L'inspectrice n° 672 a observé des médicaments sur une table de chevet dans la chambre d'une personne résidente. Les ordonnances du médecin de la personne résidente, le programme de soins écrit, le dossier de soins de santé électronique, les dossiers e-MAR et e-TAR n'indiquaient pas que la personne résidente avait une ordonnance pour le médicament identifié. Lors d'entrevues distinctes, la personne résidente a indiqué qu'elle s'était souvent autoadministré le médicament identifié pour une raison précise. L'IAA a indiqué ne pas être au courant que la personne résidente s'administrait elle-même le médicament. La personne responsable du programme de gestion des médicaments a indiqué que les attentes du foyer consistaient à ce que chaque personne obtienne une ordonnance du médecin pour chaque médicament qui lui est administré. Lors d'autres observations de la chambre de la personne résidente, la présence du médicament continuait d'être observée au chevet du résident.

En ne s'assurant pas que la personne résidente avait une ordonnance pour le médicament identifié, celle-ci était exposée à un risque d'utilisation ou d'application inappropriée du médicament identifié.

**Ministère des Soins de longue
durée**

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

District du Centre-Est

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

Sources : Observations, ordonnances du médecin d'une personne résidente, programme de soins écrit, dossier de santé électronique, dossiers e-MAR et e-TAR, entrevues avec la personne résidente et le personnel. [672]

**Ministère des Soins de longue
durée**

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

District du Centre-Est

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

AVIS ÉCRIT : Administration des médicaments

Avis écrit de non-conformité n° 022 aux termes de la LRSLD 2021, disposition 154 (1)
1.

Cas de non-conformité au : Règl. de l'Ont. 246/22, par. 140 (6)

Administration des médicaments

par. 140 (6) Le titulaire de permis veille à ce qu'aucun résident ne s'administre un médicament à moins que l'administration du médicament n'ait été approuvée par le prescripteur en consultation avec le résident. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 140 (6)

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que trois personnes résidentes ne s'administrent un médicament, à moins que l'administration n'ait été approuvée par le prescripteur.

Justification et résumé

L'inspectrice n° 672 a observé pendant plusieurs jours trois chambres de personnes résidentes au cours de l'exercice et toutes avaient des médicaments spécifiés placés à divers endroits dans leur chambre. Les trois personnes résidentes, les PSSP et les IAA ont déclaré que les personnes résidentes s'administraient les médicaments prescrits. La personne gestionnaire de la qualité et des risques a indiqué que l'on s'attend à ce que les personnes résidentes du foyer soient évaluées et aient une ordonnance du médecin indiquant que la personne résidente pouvait s'administrer elle-même ses médicaments en toute sécurité. On s'attend à ce que cette évaluation soit consignée dans le dossier médical de la personne résident et incluse dans le dossier électronique d'administration des médicaments (e-MAR) du résident.

On a passé en revue le dossier médical électronique des trois personnes résidentes

Ministère des Soins de longue**durée**

Division des opérations relatives aux
soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : (844) 231-5702

et il n'y avait aucune donnée probante pour confirmer que les personnes résidentes avaient été évaluées ou qu'un médecin leur avait prescrit une ordonnance pour s'administrer elles-mêmes le médicament en toute sécurité.

En ne s'assurant pas que les personnes résidentes ne s'administrent elles-mêmes un médicament, à moins que l'administration ait été approuvée par le prescripteur, les personnes résidentes étaient exposées à un risque d'utilisation inappropriée possible du médicament identifié.

Sources : Observations, dossiers médicaux de trois personnes résidentes, y compris les dossiers e-MAR, e-TAR et ordonnances des médecins, et entrevues avec trois personnes résidentes et membres du personnel. [672]

AVIS ÉCRIT : Administration des médicaments

Avis écrit de non-conformité n° 023 aux termes de la LRSLD 2021, disposition 154 (1)
1.

Cas de non-conformité au : Règl. de l'Ont. 246/22, Ali. 140 (7) d)

Administration des médicaments

par. 140 (7) Si un résident du foyer peut s'administrer un médicament en vertu du paragraphe (6), le titulaire de permis veille à ce que des politiques écrites soient en place pour s'assurer que tout résident qui s'administre un médicament comprenne ce qui suit :

d) la nécessité qu'ils mettent le médicament en sûreté s'il leur est permis de le garder sur eux ou dans leur chambre en vertu du paragraphe (8). Règl. de l'Ont. 246/22, par. 140 (7); Règl. de l'Ont., par. 28 (2).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, lorsqu'un résident était en mesure de s'administrer un médicament en vertu du paragraphe (6), le médicament soit mis en

**Ministère des Soins de longue
durée**Division des opérations relatives aux
soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers

sûreté sur lui ou dans sa chambre en vertu du paragraphe (8). Règl. de l'Ont. 246/22,
par. 140 (7); Règl. de l'Ont. 66/23, par. 28 (2).**District du Centre-Est**33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : (844) 231-5702

Justification et résumé

L'inspectrice n° 672 a observé plusieurs médicaments sur le dessus de la commode de la personne résidente, sur la table de lit et sur le comptoir dans la salle de bain de la personne résidente. Au cours d'entrevues distinctes, la personne résidente, les PSSP et l'IAA ont indiqué que la personne résidente s'était administré elle-même les médicaments trouvés dans la chambre à coucher. La personne résidente avait reçu une ordonnance d'un médecin pour s'administrer l'un des médicaments identifiés.

En ne s'assurant pas que les médicaments prescrits étaient en sûreté lorsqu'ils n'étaient pas utilisés, les personnes résidentes risquaient une exposition, une ingestion et/ou une utilisation ou application inappropriée des médicaments identifiés.

Sources : Observations, ordonnances actuelles du médecin pour une personne résidente, programme de soins écrit, dossier médical électronique, médicaments spécifiés et dossiers e-TAR, entrevues avec la personne résidente et le personnel.
[672]

**AVIS ÉCRIT : Incidents liés à des médicaments et réactions
indésirables à des médicaments**

Avis écrit de non-conformité n° 024 aux termes de la LRSLD 2021, disposition 154 (1)
1.

Cas de non-conformité au : Règl. de l'Ont. 246/22, alinéa 147 (2) a)

Incidents liés à des médicaments et réactions indésirables à des médicaments

Ministère des Soins de longue**durée**

Division des opérations relatives aux
soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : (844) 231-5702

par. 147 (2) Outre l'exigence prévue à l'alinéa (1) a), le titulaire de permis veille à ce qui suit :

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une erreur liée à un médicament d'une personne résidente soit documentée, examinée et analysée.

Justification et résumé

Un incident grave et une plainte ont été soumis à la directrice ou au directeur, alléguant qu'il s'agissait de mauvais traitements physiques entre personnes résidentes.

Une ordonnance du médecin a été prescrite pour une personne résidente. Une IA ou un IA a relevé l'erreur plusieurs jours après la prescription de l'ordonnance.

La personne GAH n° 108 a reconnu qu'elle avait appris qu'un rapport d'incident lié aux médicaments n'avait pas été rempli avant que l'inspectrice n° 571 ne l'ait porté à son attention.

Le fait de ne pas documenter d'incident lié aux médicaments a empêché un examen et une analyse de l'incident, ce qui pourrait réduire le risque que ce type d'erreur se produise chez les personnes résidentes à l'avenir.

Sources : Dossiers médicaux d'une personne résidente et entrevue avec GAH n° 108. [571]

**Ministère des Soins de longue
durée**

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

District du Centre-Est

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

ORDRE DE CONFORMITÉ N° 001 Programme de soins

Cas de non-conformité n° 025 Ordre de conformité aux termes de la LRSLD 2021,
disposition 154 (1) 2.

Cas de non-conformité à : la LRSLD 2021, alinéa 6 (4) a)

Programme de soins

par. 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;

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

Plus précisément, le titulaire de permis doit :

**Ministère des Soins de longue
durée**

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

District du Centre-Est

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

- 1) Élaborer et mettre en œuvre une marche à suivre qui oriente le personnel infirmier autorisé sur la méthode de communication à utiliser pour communiquer les mises à jour, les besoins et les préoccupations médicales des personnes résidentes aux médecins et au personnel infirmier praticien. Cette marche à suivre devrait comprendre une méthode permettant au personnel infirmier praticien et aux médecins d'indiquer et de vérifier qu'ils ont reçu l'information. La communication et les résultats devraient être consignés dans les dossiers médicaux des personnes résidentes.

- 2) Informer tout le personnel infirmier autorisé, y compris les agences, l'ensemble des gestionnaires en soins infirmiers, le personnel infirmier praticien et les médecins du processus dans la première partie. Tenir des registres, y compris le nom de la personne qui donne la formation, le contenu de la formation, les dates, les noms et la signature du personnel formé.

- 3) Fournir immédiatement à l'inspectrice la marche à suivre écrite et les documents de formation, et ce, sur demande.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel collabore avec l'infirmière praticienne ou l'infirmier praticien afin que ses évaluations soient intégrées et cohérentes et se complètent en ce qui concerne la détérioration des plaies d'une personne résidente.

Justification et résumé

Un rapport d'incident grave a été soumis à la directrice ou au directeur suite au décès inattendu d'une personne résidente. Celle-ci avait été hospitalisée en raison de problèmes de santé, y compris la présence de plaies.

**Ministère des Soins de longue
durée**

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

District du Centre-Est

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

Selon un ordre rédigé par l'IP, on demande au personnel de transmettre l'information lorsque la personne résidente doit compter sur des soins de plaies et la personne résidente ferait alors l'objet d'une évaluation. Le personnel n'a pas communiqué avec l'IP à plusieurs reprises lorsqu'une occasion se présentait d'effectuer une évaluation.

Lorsque l'IP a pu évaluer la personne résidente, son état s'était aggravé.

L'IP a indiqué que la communication était insuffisante de la part du personnel autorisé.

En omettant de collaborer avec l'IP afin de pouvoir évaluer la personne résidente et en omettant d'informer l'IP que l'état du résident s'était aggravé, la santé du résident a été gravement affectée.

Sources : Un incident grave, les dossiers médicaux d'une personne résidente et une entrevue avec l'IP. [571]

Cet ordre doit être respecté d'ici le 13 août 2024.

ORDRE DE CONFORMITÉ N° 002 Programme de soins

Cas de non-conformité n° 026 Ordre de conformité aux termes de la LRSLD 2021, par. 154 (1) 2.

Cas de non-conformité à : la LRSLD 2021, par. 6 (7)

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.

**Ministère des Soins de longue
durée**

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

District du Centre-Est

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

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

Plus précisément, le titulaire de permis doit tenir compte de ce qui suit :

1) La DDS ou le DDS doit élaborer et mettre en œuvre une marche à suivre écrite qui indique qui doit transmettre par télécopieur les renvois. Cette marche à suivre devrait comprendre des directives pour s'assurer que :

a) La transmission par télécopieur a été fructueuse.

Ministère des Soins de longue**durée**

Division des opérations relatives aux
soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : (844) 231-5702

b) Le renvoi ou la demande est reçu si le foyer n'a pas obtenu de réponse dans un délai raisonnable.

c) Le personnel infirmier autorisé comprend où consigner chaque partie de la marche à suivre.

2) La DDS ou le DDS ou la personne désignée par la direction doit informer tout le personnel infirmier autorisé, y compris les agences, et l'ensemble des gestionnaires en soins infirmiers des marches à suivre dans la partie 1. Il faut tenir des registres, y compris le nom de la personne qui donne la formation, le contenu de la formation, les dates, les noms et la signature du personnel formé.

3) Il faut sans tarder fournir à l'inspectrice la marche à suivre écrite et les documents de formation, et ce, sur demande.

4) Dans les deux semaines suivant la réception de cet ordre de conformité, il faut effectuer des vérifications quotidiennes pendant une période de trois semaines suivant l'horaire de toilette de la personne résidente n° 008 pour s'assurer que la personne résidente a reçu des soins, comme il est prescrit. Les vérifications doivent inclure le nom de la personne qui a effectué la vérification, toute constatation de non-conformité et les correctifs adoptés pour rectifier les cas de non-conformité. Il faut conserver un dossier documenté des vérifications effectuées et remettre l'information sans tarder à l'inspectrice, et ce, sur demande.

Motifs

1) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins supplémentaires des plaies soient fournis à une personne résidente au moment prévu 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

District du Centre-Est

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

Justification et résumé

Un rapport d'incident grave a été soumis à la directrice ou au directeur.

Ministère des Soins de longue**durée**

Division des opérations relatives aux
soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : (844) 231-5702

L'IP a rédigé un ordre concernant la personne résidente. Elle n'a été traitée par le personnel infirmier autorisé que quelques jours plus tard. Cela a entraîné un retard dans le traitement.

La personne GAH n° 108 a précisé que lorsque les ordres sont rédigés après les heures de travail, le personnel infirmier doit les vérifier pendant son quart de travail et les entrer dans le système e-MAR.

Lorsque l'ordre de l'IP n'est traité qu'environ trois jours après la rédaction de l'ordre, le titulaire de permis expose la personne résidente à un risque d'aggraver ses plaies.

Sources : Un incident grave, les dossiers médicaux d'une personne résidente et une entrevue avec la personne GAH n° 108. [571]

2) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins d'une personne résidente lié aux soins des plaies aient été fournis, comme il est précisé dans le programme.

Justification et résumé

Une plainte a été soumise à la directrice ou au directeur concernant des allégations selon lesquelles les plaies d'une personne résidente n'ont pas été traitées correctement.

La personne résidente devait recevoir un traitement de plaies ou l'on devait surveiller diverses lésions cutanées. Les entrevues avec le personnel infirmier

**Ministère des Soins de longue
durée**Division des opérations relatives aux
soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers

District du Centre-Est33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : (844) 231-5702

autorisé et l'examen des dossiers indiquent qu'il y a eu des jours où le traitement des plaies de la personne résidente a été retardé ou qu'il n'a pas été administré pendant plusieurs jours, comme il est prévu, en raison d'une pénurie de personnel. Les horaires de dotation ont confirmé qu'il y avait pénurie de personnel et qu'une IAA ou un IAA était responsable du bien-être de plusieurs personnes résidentes, notamment l'administration de médicaments et le traitement des soins de plaies. La personne GAH n° 168 a confirmé que les traitements de soins des plaies de la personne résidente ont été retardés ou n'ont pas été exécutés comme prévu, et ce, à plusieurs reprises.

Le fait de ne pas s'assurer que les soins des plaies ont été administrés comme il est prévu dans le programme de soins exposait la personne résidente à un risque d'aggravation de ses plaies, d'où le risque d'infection.

Sources : Horaires du personnel, notes évolutives, e-TAR, programme de soins écrit et entrevues avec le personnel. [601]

3) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un résident reçoive des soins comme il était précisé dans son programme concernant l'aide au transfert et l'aide pour se rendre aux toilettes.

Justification et résumé

On a observé la personne PSSP n° 164 en train d'aider une personne résidente à utiliser la toilette sans utiliser le lève-personne. La personne PSSP a ensuite laissé la personne résidente sans surveillance sur la toilette et lui a rappelé d'utiliser la sonnette d'appel pour obtenir de l'aide du personnel. Le programme de soins écrit de la personne résidente indique qu'elle a besoin d'aide de deux membres du personnel qui doivent avoir recours à un lève-personne pour tous les transferts et

Ministère des Soins de longue**durée**

Division des opérations relatives aux
soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : (844) 231-5702

qu'elle ne devait pas être laissée sans surveillance sur la toilette en raison d'antécédents d'autotransfert, d'où les chutes dont elle a déjà été victime.

La personne PSSP a indiqué qu'elle avait transféré la personne résidente sans l'aide d'un autre membre du personnel ni du lève-personne en raison du manque de personnel à l'AHR. Selon la personne PSSP, la personne résidente se serait elle-même transférée à la toilette avant qu'un autre membre du personnel ne soit disponible et on n'a pas eu le temps de le retracer et d'installer la personne résidente sur le lève-personne. La personne PSSP a également indiqué qu'elle avait laissé la personne résidente sans surveillance sur la toilette parce qu'elle était en retard sur l'horaire et qu'elle devait passer à la tâche suivante. La personne GAH n° 131 indique que l'on s'attend dans le foyer à ce que chaque personne résidente reçoive des soins selon les directives du programme de soins du résident.

En ne s'assurant pas que la personne résidente recevait les soins précisés dans son programme, soit obtenir de l'aide du bon nombre d'employés au moment d'utiliser l'équipement requis grâce au lève-personne et ne pas être laissée sans surveillance sur la toilette, la personne résidente a été exposée à des risques de blessures et/ou de chutes.

Sources : Observation, kardex actuel et programme de soins écrit d'une personne résidente et entrevues avec les PSSP n° 164 et GAH n° 131. [672]

4) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente obtienne l'aide de deux membres du personnel pour se déplacer dans le lit, comme le précise le programme.

Justification et résumé

**Ministère des Soins de longue
durée**

Division des opérations relatives aux
soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : (844) 231-5702

Une plainte a été soumise à la directrice ou au directeur par le mandataire spécial de la personne résidente concernant des allégations selon lesquelles les blessures inexplicables du résident ont été causées par la rudesse du personnel pendant les soins.

L'examen des dossiers, les entrevues avec le personnel infirmier autorisé et le mandataire spécial de la personne résidente indiquent que la personne résidente avait besoin d'aide de deux membres du personnel pour se déplacer au lit. Plusieurs rapports ont été faits à divers membres du personnel infirmier autorisé au sujet des allégations selon lesquelles le personnel avait fait preuve de rudesse au moment de prodiguer des soins à la personne résidente. La personne résidente a signalé que deux membres du personnel n'étaient pas toujours présents pour se déplacer dans le lit. Les PSSP et le personnel infirmier autorisé ont signalé et documenté que certains membres du personnel replaçaient la personne résidente dans le lit sans l'aide d'un deuxième membre du personnel.

**Ministère des Soins de longue
durée**

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

District du Centre-Est

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

Le fait de ne pas s'assurer que deux membres du personnel aident la personne résidente à se déplacer dans le lit, celle-ci risquait un inconfort en raison de ses capacités physiques réduites à faciliter le déplacement.

Sources : dossiers médicaux d'une personne résidente, y compris le programme de soins écrit, les notes évolutives, les rapports d'enquête de la documentation et les entrevues avec le personnel. [601]

5) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente obtienne les soins précisés dans son programme visant expressément les interventions de prévention des chutes.

Justification et résumé

À trois dates différentes au cours de l'inspection, on a observé qu'une personne résidente se trouvait dans sa chambre sans que trois interventions bien précises de prévention des chutes aient été mises en œuvre. Le programme de soins écrit de la personne résidente indiquait que l'on s'attend à ce que trois interventions précises de prévention des chutes soient mises en œuvre dans sa chambre. À l'une des dates, la personne GAH n° 131 a observé la personne résidente avec l'inspectrice n° 672 et on a vérifié que les interventions requises n'avaient pas été mises en œuvre et que l'on n'avait pas été en mesure de mettre en œuvre l'une des trois interventions précises de prévention des chutes parce que l'on ne voulait pas réveiller la personne résidente, mais on a mis en œuvre les autres mesures d'intervention précises de prévention des chutes. La personne GAH n° 131 a indiqué que le fait de ne pas avoir mis en œuvre les mesures d'intervention de prévention des chutes conformément au programme de la personne résidente exposait cette dernière à un risque de chute ou de subir d'autres blessures.

**Ministère des Soins de longue
durée**

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

District du Centre-Est

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

En ne s'assurant pas que la personne résidente recevait les soins précisés dans son programme propre aux mesures d'intervention de prévention des chutes, elle était exposée au risque de subir d'autres blessures.

**Ministère des Soins de longue
durée**

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

District du Centre-Est

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

Sources : Observation, kardex actuel et programme de soins écrit d'une personne résidente et entrevues avec la personne GAH n° 131. [672]

6) Le titulaire de permis n'a pas veillé à fournir des soins à une personne résidente conformément au programme de soins.

Justification et résumé

La personne résidente avait un appareil médical. Elle a été transférée et admise à l'hôpital en raison d'une infection.

La personne résidente devait faire changer son appareil médical à une date précise, mais ce changement n'a pas eu lieu. Par la suite, la région où était installé l'appareil médical présentait des signes de décoloration de la peau, d'altérations cutanées et elle était douloureuse au toucher. L'IA a admis que l'appareil médical de la personne résidente n'avait pas été remplacé conformément au programme de soins et que cela aurait pu contribuer à l'infection du résident.

Le programme de soins fournit au personnel des directives pour répondre aux besoins de la personne résidente et, à défaut de s'y conformer, celle-ci pourrait alors être exposée à un risque d'infection.

Sources : notes évolutives d'une personne résidente, e-MAR et e-TAR, et entrevue avec membre IA. [741749]

7) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le renvoi ait été transmis par télécopieur conformément au programme de soins.

**Ministère des Soins de longue
durée**

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

District du Centre-Est

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

Justification et résumé

Ministère des Soins de longue**durée**

Division des opérations relatives aux
soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : (844) 231-5702

Un cas d'incident grave a été soumis à la directrice ou au directeur.

De l'information sur le renvoi rédigé par l'IP visant un service spécialisé a été transmise par télécopieur quelques semaines après avoir été rédigée.

En omettant de télécopier l'information sur le renvoi, le titulaire de permis a causé un retard dans l'administration de soins, ce qui a eu des répercussions sur la personne résidente.

Sources : Un incident grave, les dossiers médicaux d'une personne résidente et une entrevue avec l'IP. [571]

8) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente obtienne les soins précisés dans son programme de soins.

Justification et résumé

Il fallait dans le cas d'une personne résidente qu'une mesure d'intervention précise soit toujours mise en œuvre. L'inspectrice n° 672 a constaté que la mesure d'intervention précise n'avait pas été mise en œuvre pour la personne résidente. L'aide de soutien aux soins (ASS) est arrivée à la chambre de la personne résidente et a indiqué être responsable de mettre en œuvre la mesure d'intervention requise pour la personne résidente, mais qu'elle avait quitté l'aire d'habitation pour prendre une pause. L'ASC a indiqué avoir fourni un rapport à la personne PSSP avant de quitter l'AHR, car la personne PSSP était censée être responsable de la personne résidente pendant la pause de l'ASC. La personne PSSP a indiqué qu'elle n'avait pas été en mesure de fournir l'intervention requise auprès 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

District du Centre-Est33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : (844) 231-5702

parce qu'il n'y avait pas suffisamment de personnel à l'AHR et qu'elle avait quitté l'AHR pour une raison précise différente.

La personne résidente a également reçu un diagnostic selon lequel le personnel devait mettre en œuvre des mesures d'intervention précises pour chaque épisode de soins personnels et au moment d'interagir dans l'environnement immédiat du résident. Tout au long de l'inspection, on a observé à de nombreuses reprises des membres du personnel qui prodiguaient des soins personnels au résident sans appliquer de mesures d'interventions prescrites.

Au cours d'entrevues distinctes, les ASC et les PSSP ont indiqué qu'ils ne savaient pas pourquoi les mesures d'intervention prescrites étaient nécessaires, car on estimait que les interventions ne devaient pas être mises en œuvre. La personne GAH n° 131 a indiqué que les attentes du foyer consistent à offrir à chaque personne résidente les soins qui sont prescrits dans le programme de soins du résident.

En ne s'assurant pas que la personne résidente reçoit les soins précisés dans son programme propre aux mesures d'intervention requises, elle était exposée à un risque de chute ou de blessures.

Sources : Observation, kardex d'une personne résidente et programme de soins écrit et entrevues avec le personnel. [672]

Cet ordre doit être respecté d'ici le 13 août 2024.

Une pénalité administrative pécuniaire (PAP) est imposée relativement à l'ordre de conformité n° 001.

AVIS DE PÉNALITÉ ADMINISTRATIVE PÉCUNIAIRE (PAP)

Le titulaire de permis n'a pas respecté la LRSLD 2021

**Ministère des Soins de longue
durée**

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

District du Centre-Est

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

Avis de pénalité administrative pécuniaire PAP n° 001**Relativement à l'ordre de conformité OC n° 002**

En vertu de l'article 158 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*, le titulaire de permis est tenu de payer une pénalité administrative de 1 100,00 \$ qui sera réglée dans les 30 jours à compter de la date de la facture. Conformément aux par. 349 (6) et (7) du Règl. de l'Ont. 246/22, cette pénalité administrative est imposée, car le titulaire de permis ne s'est pas conformé à une exigence, d'où l'imposition d'un ordre en vertu de l'art. 155 de la Loi et, pendant les trois années précédant immédiatement la date de l'ordre rendu en vertu de l'art. 155, le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la même exigence.

Antécédents en matière de conformité :

Cas antérieur de non-conformité en vertu de la LRSLD 2021, par. 6 (7), d'où :
-un avis écrit a été émis le 24 novembre 2023, n° 2023-1419-0003,
-un ordre de conformité (HP) émis le 3 novembre 2022, n° 2022-1419-0001.

Cas antérieur de non-conformité en vertu de la LFSLD de 2007, par. 6 (7) et
-un plan de redressement volontaire (PRV) a été émis le 10 février 2022,
n° 2021_885601_0023,
-un PRV a été émis le 27 juillet 2021, n° 2021_887111_0012,

Il s'agit de la première PAP imposée au titulaire de permis pour défaut de se conformer à cette exigence.

La facture contenant les renseignements sur le paiement sera envoyée séparément après la signification de l'avis.

Les titulaires de permis ne doivent pas régler de PAP à même une enveloppe de financement pour les soins aux personnes résidentes provenant du Ministère [c.-à-d.

**Ministère des Soins de longue
durée**

Division des opérations relatives aux
soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers

Soins infirmiers et personnels (SIP), Services des programmes et de soutien (SPS) et
Aliments crus (AC)]. En versant un paiement au ministre des Finances, le titulaire de
permis atteste que les fonds ne sont pas puisés à même une enveloppe de
financement au titre des soins aux personnes résidentes pour régler la PAP.

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : (844) 231-5702

**Ministère des Soins de longue
durée**

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

District du Centre-Est

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

ORDRE DE CONFORMITÉ N° 003 Obligation de protéger

Cas de non-conformité n° 027 Ordre de conformité aux termes de la LRSLD 2021, disposition 154 (1) 2.

Cas de non-conformité à : la LRSLD 2021, par. 24 (1).

Obligation de protéger

par. 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 ordonne au titulaire de permis de respecter un ordre de conformité [LRSLD 2021, alinéa 155 (1) a)]:

Plus précisément, le titulaire de permis doit :

- 1) S'assurer que la personne responsable désignée des soins de la peau et des plaies et le personnel infirmier autorisé qui prodiguent des soins des plaies possèdent les compétences nécessaires pour évaluer les plaies de la personne résidente et ont suivi des cours avancés sur les soins des plaies. Le cours doit être offert par une ou plusieurs personnes qualifiées en soins avancés des plaies. La formation doit comprendre des directives sur la façon de désigner, de décrire et de documenter la localisation, le type, l'évolution, l'objectif des soins, la mesure de la plaie, la longueur, la largeur, la profondeur, la plaie sous-cutanée, si la plaie est creuse, le lit de la plaie, l'exsudat, le pourtour de la plaie, la douleur, le traitement, les ordonnances et l'évolution des plaies de la personne résidente.
- 2) Fournir à la personne responsable des soins de la peau et des plaies l'accès à une personne spécialiste des soins de la peau et des plaies qui est formée et expérimentée dans l'évaluation des plaies, le traitement des plaies et la préparation

Ministère des Soins de longue**durée**

Division des opérations relatives aux
soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : (844) 231-5702

de la documentation. La personne spécialiste des soins de la peau et des plaies doit être disponible en personne au besoin et lorsque la plaie d'une personne résidente s'est aggravée.

- 3) Désigner une personne de remplacement possédant des connaissances avancées en soins des plaies et s'assurer qu'elle est disponible et sur place en l'absence de la personne responsable de surveiller la totalité des plaies des personnes résidentes.
- 4) Veiller à ce qu'un dossier documenté soit conservé relativement aux parties 1, 2 et 3 du présent ordre, y compris les qualifications de la personne spécialiste de la peau et des plaies, les certificats de formation avancée en soins de la peau et des plaies fournis au personnel infirmier autorisé, le contenu de la formation reçue sur les soins avancés des plaies, y compris le nom de la personne qui a donné la formation, ses titres de compétences et la date de la formation. Fournir sans tarder les dossiers à l'inspectrice, et ce, sur demande.
- 5) Veiller à ce que la personne responsable désignée de la gestion de la douleur et le personnel infirmier autorisé, y compris les agences, possèdent les compétences nécessaires pour évaluer et réévaluer les personnes résidentes souffrant de douleur et aient suivi une formation en personne sur la gestion de la douleur qui comprend la façon d'évaluer, de décrire et de documenter la douleur, les différents types de douleur, les signes et les symptômes de la douleur et les différentes modalités de gestion de la douleur. La formation doit être dispensée par une pharmacienne ou un pharmacien, une infirmière praticienne ou un infirmier praticien, un ou une médecin ou une personne spécialiste de la gestion de la douleur et des symptômes.
- 6) Désigner une personne remplaçante responsable de la surveillance du programme de gestion de la douleur et s'assurer qu'elle est disponible et sur place en l'absence de la personne responsable afin de surveiller toutes les

Ministère des Soins de longue**durée**

Division des opérations relatives aux
soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers

personnes résidentes souffrant d'une douleur non gérée.

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : (844) 231-5702

7) Veiller à ce qu'un dossier documenté soit conservé relativement aux parties 5 et 6 du présent ordre, y compris le nom de la personne qui fournit la formation et ses titres de compétences, le contenu de l'éducation, les dates, les noms et la signature du personnel formé. Fournir sans tarder les dossiers de formation aux inspectrices, et ce, sur demande.

8) S'assurer qu'il y a une description écrite des rôles, des tâches et des fonctions de la personne responsable des soins de la peau et des plaies et du responsable de la gestion de la douleur. Ajouter également une description écrite des responsabilités des comités des soins de la peau et des plaies et de gestion de la douleur. Dans la description, il faut indiquer le nom des membres du comité multidisciplinaire, les critères pour déterminer comment et quelles personnes résidentes seront recommandées aux comités et la fréquence des rencontres. Les procès-verbaux des réunions doivent être rédigés pour chaque réunion. Il faut fournir sans tarder le procès-verbal des réunions et une description écrite à l'inspectrice, et ce, sur demande.

Motifs

1) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un résident ne fasse pas l'objet de négligence.

Justification et résumé

Un incident grave a été soumis à la directrice ou au directeur pour signaler le décès imprévu d'une personne résidente.

Les cas de non-conformité suivants ont été relevés dans ce rapport concernant le contrôle de la douleur et les soins des plaies de la personne résidente n° 016 :

**Ministère des Soins de longue
durée**Division des opérations relatives aux
soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers

District du Centre-Est33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : (844) 231-5702

-Avis écrit – Règl. de l'Ont. 246/22, par. 57 (2). Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, lorsque le résident continuait à ressentir de la douleur suite aux premières mesures d'intervention, le résident soit évalué à l'aide d'un instrument d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément à cette fin.

-Ordre de conformité – Règl. de l'Ont. 246/22, disposition 53 (1) 4. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que son programme de gestion de la douleur soit mis en œuvre lorsque la douleur du résident n'a pas fait l'objet d'évaluation conformément aux directives du programme.

-Avis écrit – Règl. de l'Ont. 246/22, par. 140 (2) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un médicament soit administré au résident comme il est prescrit.

-Avis écrit – LRSLD 2021, alinéa 6 (10) c) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le résident soit réévalué et que le programme de soins soit examiné et révisé lorsque le contrôle de la douleur n'était pas efficace.

-Avis écrit – Règl. de l'Ont. 246/22, sous-alinéa 55(2)b)(i). Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'évaluation des plaies du résident soit documentée à l'aide d'un instrument d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément aux fins d'évaluation de la peau et des plaies.

-Avis écrit – LRSLD 2021, par. 6 (7). Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que d'autres soins soient fournis au résident au moment prévu, comme le prévoit le programme de soins.

-Avis écrit – LRSLD 2021, par. 6 (7). Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'information sur le renvoi du résident ait été transmise par télécopieur conformément au programme de soins.

**Ministère des Soins de longue
durée**

Division des opérations relatives aux
soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers

-Ordre de conformité – LRSLD 2021, alinéa 6 (4) a). Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel collabore avec l'IP afin que ses évaluations soient intégrées, cohérentes et se complètent.

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : (844) 231-5702

Une série d'erreurs et d'omissions contribuent aux actes de négligence envers la personne résidente. Le fait que plusieurs membres du personnel ne respectent pas les politiques du titulaire de permis ni la loi et que des gestionnaires n'assurent pas de supervision pour veiller à ce que les politiques, programmes et lois soient mis en œuvre et respectés, la vie de la personne résidente est négligée et affectée.

Sources : Un incident grave, les dossiers médicaux d'une personne résidente et les entrevues avec le personnel. [571]

2) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente soit protégée contre les mauvais traitements infligés par la personne résidente n° 003.

Ministère des Soins de longue**durée**

Division des opérations relatives aux
soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : (844) 231-5702

L'article 2 du Règlement de l'Ontario 246/22 définit les mauvais traitements d'ordre sexuel comme des attouchements, des comportements ou des remarques de nature sexuelle non consensuels ou d'une exploitation sexuelle dont un résident est victime de la part d'une autre personne qu'un titulaire de permis ou un membre du personnel.

Justification et résumé

Deux incidents graves ont été soumis à la directrice ou au directeur concernant le comportement réactif de la personne résidente n° 003 envers une autre personne. Le programme de soins de la personne résidente n° 003 comprenait des mesures d'intervention précises et une surveillance pour gérer les comportements réactifs de la personne résidente. Les deux personnes ASS ont reconnu avoir observé les incidents et être intervenues rapidement, mais elles n'étaient pas assez près de la personne résidente pour empêcher qu'ils se produisent.

Les interventions visant à gérer les comportements réactifs de la personne résidente n° 003 à l'égard d'une autre personne résidente n'ont pas été efficaces et n'ont pas permis de protéger la personne résidente n° 004 à deux occasions.

Sources : Deux incidents graves, notes évolutives de la personne résidente n° 003, programme de soins, Programme ontarien de soutien en cas de troubles du comportement, documents d'enquête interne et entrevues avec le personnel. [601]

Cet ordre doit être respecté d'ici le 13 août 2024.

**Ministère des Soins de longue
durée**

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

District du Centre-Est

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

Cet ordre de conformité est également considéré comme un avis écrit et est renvoyé à la directrice ou au directeur pour que cette personne prenne d'autres mesures.

Une pénalité administrative pécuniaire (PAP) est imposée relativement à cet ordre de conformité PAP n° 002

AVIS DE PÉNALITÉ ADMINISTRATIVE PÉCUNIAIRE (PAP)

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la LRSLD 2021

Avis de pénalité administrative pécuniaire PAP n° 002**Relativement à l'ordre de conformité n° 003**

Conformément à l'article 158 de la LRSLD 2021, le titulaire de permis est tenu de payer une pénalité administrative de 11 000 \$, qui sera réglée dans les 30 jours suivant la date de la facture.

Conformément aux par. 349 (6) et (7) du Règl. de l'Ont. 246/22, cette pénalité administrative est imposée, car le titulaire de permis ne s'est pas conformé à une exigence, d'où l'imposition d'un ordre en vertu de l'art. 155 de la Loi et, pendant les trois années précédant immédiatement la date de l'ordre rendu en vertu de l'art. 155, le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la même exigence.

Antécédents en matière de conformité :

Cas antérieur de non-conformité en vertu de la LRSLD 2021, par. 24 (1), d'où :

- un avis écrit pour l'inspection n° 2022-1419-0001 émis le 3 novembre 2022.
- un avis de conformité n° 002, PAP n° 003 au montant de 5 500 \$ pour l'inspection n° 2023-1419-0003, émis le 24 novembre 2023.

Il s'agit de la deuxième PAP qui a été imposée au titulaire de permis pour défaut

**Ministère des Soins de longue
durée**Division des opérations relatives aux
soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers

de se conformer à cette exigence.

District du Centre-Est33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : (844) 231-5702

La facture contenant les renseignements sur le paiement sera envoyée séparément après la signification de l'avis.

Les titulaires de permis ne doivent pas régler une PAP à même une enveloppe de financement pour les soins aux personnes résidentes provenant du Ministère [c.-à-d. Soins infirmiers et personnels (SIP), Services des programmes et de soutien (SPS) et Aliments crus (AC)]. En versant un paiement au ministre des Finances, le titulaire de permis atteste que les fonds ne sont pas puisés à même une enveloppe de financement au titre des soins aux personnes résidentes pour régler la PAP.

**ORDRE DE CONFORMITÉ OC n° 004 Techniques de transfert et de
changement de position**

Cas de non-conformité n° 028 Ordre de conformité aux termes de la LRSLD 2021, disposition 154 (1) 2.

Cas de non-conformité au : Règl. de l'Ont. 246/22, par. 40

Techniques de transfert et de changement de position

par. 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 ordonne au titulaire de permis de respecter un ordre de
conformité [LRSLD 2021, alinéa 155 (1) a)]:**

Plus précisément, le titulaire de permis doit :

1) Dans les deux semaines suivant la réception de cet ordre de conformité, effectuer une vérification des techniques de transfert et de l'utilisation des lève-personnes de la part de la personne PSSP n° 164 deux fois par semaine pendant quatre semaines

**Ministère des Soins de longue
durée**

Division des opérations relatives aux
soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers

pour s'assurer qu'elle sait quand un lève-personne doit être utilisé pour transférer les personnes résidentes et comment transférer et soulever les personnes résidentes en toute sécurité.

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : (844) 231-5702

2) Veiller à ce que l'exercice de vérification soit effectué par un membre de l'équipe de gestion qui a démontré une compréhension des techniques de levage et de transfert en toute sécurité.

3) Veiller à ce que cet exercice permette de faire des observations sur les techniques de transfert sécuritaires et adéquates.

4) Fournir des instructions ou des directives sur-le-champ si des problèmes sont relevés dans l'exercice de vérification.

**Ministère des Soins de longue
durée**

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

District du Centre-Est

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

5) Conserver un dossier documenté de chaque vérification, y compris le nom des vérificateurs, une liste complète de toutes les mesures à prendre pour soulever et transférer une personne résidente en toute sécurité, les dates et les lieux d'exécution de la vérification, ainsi que toute instruction fournie sur-le-champ, y compris une signature indiquant que le personnel a participé à la vérification. Fournir sans tarder l'information sur les vérifications à l'inspectrice, et ce, sur demande.

Motifs

1) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel ait recours à un lève-personne lors du transfert d'une personne résidente.

Justification et résumé

Une plainte et un rapport d'incident grave ont été soumis à la directrice ou au directeur, alléguant que le personnel n'avait pas utilisé de lève-personne pour transférer une personne résidente vers son lit lorsqu'on l'a trouvée gisant au sol.

L'IAA a reconnu qu'un lève-personne n'avait pas été utilisé de son propre chef ni par une personne PSSP pour ramener la personne résidente à son lit.

Selon la politique de gestion des chutes du titulaire de permis, deux membres du personnel doivent soulever la personne résidente à l'aide d'un lève-personne.

Un préjudice risquait d'être causé à la personne résidente lorsque le personnel n'a pas utilisé de lève-personne pour l'aider à se rendre à son lit.

Sources : Dossiers médicaux d'une personne résidente, Programme de prévention

**Ministère des Soins de longue
durée**

Division des opérations relatives aux
soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers

et de gestion des chutes du titulaire de permis, dossier d'enquête du titulaire de
permis et entrevue avec IAA. [571]

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : (844) 231-5702

Ministère des Soins de longue**durée**

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

District du Centre-Est

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

2) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne PSSP utilise des techniques de transfert sécuritaires au moment de venir en aide à une personne résidente.

Justification et résumé

Un rapport d'incident grave a été soumis à la directrice ou au directeur suite à une allégation de soins inadéquats. L'ex-GAH n° 105 a constaté qu'une personne PSSP avait recours à un lève-personne sans la présence d'un deuxième membre du personnel.

La politique du titulaire de permis sur le déplacement en toute sécurité des personnes résidentes précise que deux membres du personnel infirmier doivent participer activement à tous les transferts nécessitant le recours à un lève-personne.

La personne résidente risquait de subir une blessure lorsqu'un membre du personnel ne réussissait pas à assurer la présence d'un deuxième membre du personnel lors de l'utilisation du lève-personne.

Sources : Un incident grave, politique sur le déplacement en toute sécurité des personnes résidentes, entrevue avec GAH n° 168. [571]

3) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel utilise des appareils ou des techniques de transfert et de changement de position en toute sécurité au moment de venir en aide à une personne résidente.

Justification et résumé

**Ministère des Soins de longue
durée**

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

District du Centre-Est

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

On a remarqué que la personne PSSP n° 164 était en train d'aider une personne résidente à la toilette et elle n'avait pas eu recours au lève-personne. Le programme de soins écrit de la personne résidente indique qu'il lui faut l'aide de deux membres du personnel pour tous les transferts qui doivent être effectués au moyen d'un lève-personne. La personne PSSP a indiqué qu'elle avait transféré la personne résidente sans l'aide d'un autre membre du personnel ni du lève-personne en raison du manque de personnel à l'AHR. Selon la personne PSSP, la personne résidente se serait elle-même déplacée vers la toilette avant l'arrivée d'un autre membre du personnel et que l'on n'avait pas le temps de localiser et d'installer la personne résidente sur un lève-personne. La personne GAH n° 131 a indiqué que les attentes du foyer consistent à offrir à chaque personne résidente les soins qui sont prescrits dans le programme de soins du résident.

En ne s'assurant pas que le personnel utilise des dispositifs ou des techniques de transfert et de changement de position en toute sécurité pour aider la personne résidente, celle-ci risquait de subir une blessure et/ou une chute.

Sources : Observation, kardex actuel et programme de soins écrit d'une personne résidente et entrevues avec PSSP n° 164 et GAH n° 131. [672]

Cet ordre doit être respecté d'ici le 13 août 2024.

Une pénalité administrative pécuniaire (PAP) est imposée relativement à cet ordre de conformité PAP n° 003

AVIS DE PÉNALITÉ ADMINISTRATIVE PÉCUNIAIRE (PAP)

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la LRSLD 2021

**Ministère des Soins de longue
durée**

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

District du Centre-Est

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

Avis de pénalité administrative pécuniaire PAP n° 003**Relativement à l'ordre de conformité n° 004**

Conformément à l'article 158 de la LRSLD 2021, le titulaire de permis est tenu de payer une pénalité administrative de 1 100 \$, qui sera réglée dans les 30 jours suivant la date de la facture.

Conformément aux par. 349 (6) et (7) du Règlement de l'Ontario 246/22, cette pénalité administrative est imposée, car le titulaire de permis ne s'est pas conformé à une exigence, d'où l'imposition d'un ordre en vertu de l'art. 155 de la Loi et, pendant les trois années précédant immédiatement la date de l'ordre rendu en vertu de l'art. 155, le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la même exigence.

Antécédents en matière de conformité :

Cas précédent de non-conformité au Règlement de l'Ontario 246/22, par. 40, d'où un ordre de conformité n° 2023_1419_0003 émis le 24 novembre 2023.

Il s'agit de la première PAP imposée au titulaire de permis pour défaut de se conformer à cette exigence.

La facture contenant les renseignements sur le paiement sera envoyée séparément après la signification de l'avis.

Les titulaires de permis ne doivent pas régler une PAP à même une enveloppe de financement pour les soins aux personnes résidentes provenant du Ministère [c.-à-d. Soins infirmiers et personnels (SIP), Services des programmes et de soutien (SPS) et Aliments crus (AC)]. En versant un paiement au ministre des Finances, le titulaire de permis atteste que les fonds ne sont pas puisés à même une enveloppe de financement au titre des soins aux personnes résidentes pour régler la PAP.

**Ministère des Soins de longue
durée**

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

District du Centre-Est

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

ORDRE DE CONFORMITÉ N° 005 – Programmes obligatoires

Cas de non-conformité n° 029 Ordre de conformité aux termes de la LRSLD 2021,
disposition 154 (1) 2.

Cas de non-conformité au : Règl. de l'Ont. 246/22, disposition 53 (1) 4.

Programmes obligatoires

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

Ministère des Soins de longue**durée**

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

District du Centre-Est

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

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

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

Plus précisément, le titulaire de permis doit :

1) Élaborer et mettre en œuvre un processus de suivi de l'ensemble des personnes résidentes du foyer qui souffrent de douleurs non gérées afin que le personnel infirmier autorisé, y compris le personnel des agences, et les gestionnaires de l'aire d'habitation soient tenus au courant de l'état de ces personnes résidentes et des évaluations et traitements requis. Conserver un dossier documenté de la procédure élaborée, un dossier de suivi et en informer sans tarder les inspectrices, et ce, sur demande.

2) Former en personne tout le personnel infirmier autorisé, y compris le personnel des agences et les gestionnaires de l'aire d'habitation, de tous les volets du programme de gestion de la douleur du titulaire de permis. Utiliser des exemples tirés de l'e-MAR de janvier 2024 de la personne résidente n° 016 comme étude de cas propre à l'évaluation de la douleur, au besoin, à l'administration de médicaments antidouleur et à la documentation sur l'efficacité et l'inefficacité pour démontrer les mesures à prendre conformément au programme de gestion de la douleur.

3) Tenir des registres, y compris le nom de la personne qui donne la formation, le contenu de la formation, les dates, le nom et la signature du personnel formé.

4) Dans les deux semaines suivant la réception de cet ordre de conformité, la

**Ministère des Soins de longue
durée**

Division des opérations relatives aux
soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : (844) 231-5702

personne responsable de la douleur et des soins palliatifs doit vérifier les dossiers médicaux des personnes résidentes, qui sont identifiés à la partie 1, une fois par semaine pendant quatre semaines pour s'assurer que le personnel s'est conformé au programme de gestion de la douleur.

5) Tenir un registre documenté de chaque vérification, y compris le nom des personnes résidentes, des vérificateurs, la date et le lieu d'exécution de la vérification et tout correctif adopté.

Indiquer toute erreur, omission ou correction, le nom du personnel qui en est responsable et toute formation supplémentaire donnée à ce membre du personnel. Mettre sans tarder les dossiers de vérification à la disposition des inspectrices, et ce, sur demande.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que son programme de gestion de la douleur visant à détecter la douleur chez les personnes résidentes et à gérer la douleur ait été mis en œuvre pour plusieurs personnes résidentes.

Justification et résumé

Deux plaintes et quatre incidents graves concernant cinq personnes résidentes ont été soumis à la directrice ou au directeur concernant des blessures qui ont entraîné des douleurs chez les personnes résidentes.

Selon la politique de gestion de la douleur du titulaire de permis dans le cas d'une personne résidente souffrant de nouvelles douleurs aiguës, le personnel doit saisir une demande dans l'e-MAR pour une évaluation de la douleur à l'aide de l'échelle PAINAD ou de l'échelle numérique qu'il faut exécuter pour s'assurer

Ministère des Soins de longue**durée**

Division des opérations relatives aux
soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : (844) 231-5702

que la douleur est contrôlée. Le personnel devait également lancer une note d'évaluation de la douleur.

Le programme de traitement de la douleur du titulaire de permis comprenait un arbre de décision selon lequel le personnel doit remplir une « Note d'évaluation de la douleur – version abrégée » pour les éléments suivants : une nouvelle/modification de l'ordonnance analgésique, une douleur modérée à intense (supérieure à 3 sur une échelle de douleur) ou si l'analgésique était inefficace. Si le test d'évaluation de la personne résidente indique la présence de douleur, on demande au personnel de remplir une « Note d'évaluation de la douleur – Note complète », d'informer le médecin ou le personnel infirmier praticien et d'amorcer une surveillance de 48 heures. Si la douleur n'était pas bien gérée, le personnel devait réviser le programme de soins de la personne résidente.

Selon la politique de gestion de la douleur du titulaire de permis, le personnel doit saisir une demande dans l'e-MAR pour une évaluation de la douleur à l'aide de l'échelle PAINAD ou de l'échelle numérique à exécuter pour s'assurer que la douleur est contrôlée. Le personnel doit également lancer une note d'évaluation de la douleur. Cette évaluation devait être exécutée si la personne résidente souffrait de nouvelles douleurs aiguës.

La version abrégée – Note d'évaluation de la douleur devait être documentée dans l'application PCC et inclure la date, la région de la douleur, la gravité de la douleur mesurée par l'échelle PAINAD ou l'échelle numérique dans l'application PCC, et si la douleur a diminué ou s'est aggravée.

L'évaluation de la douleur – Note complète devait être documentée dans l'application PCC et inclure la date, l'apparition de la douleur et la durée de la douleur, la région de la douleur, l'effet de la douleur sur le fonctionnement et les activités de la vie quotidienne, le niveau de douleur au repos et pendant l'activité, la

Ministère des Soins de longue**durée**

Division des opérations relatives aux
soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : (844) 231-5702

cause de la douleur, ce qui a amélioré ou empiré la douleur, la qualité de la douleur, la radiation de la douleur, la gravité (utiliser l'échelle PAINAD ou l'échelle numérique dans l'application PCC), les symptômes liés à la douleur, constants ou occasionnels, le traitement efficace, un médicament PRN au besoin a-t-il été administré?

1) La personne résidente n° 005 souffrait de douleurs non gérées et le niveau de douleur était supérieur à trois, ce qui s'est produit à plusieurs reprises. Les analgésiques courants de la personne résidente n'étaient pas toujours efficaces pour gérer sa douleur. Les PSSP et le personnel infirmier autorisé ont déclaré et documenté que la personne résidente demanderait le médicament au besoin (PRN) et que la région de la douleur n'était pas toujours documentée. [601]

2) La personne résidente n° 001 souffrait de douleurs non gérées depuis plusieurs mois. Le niveau de douleur de la personne résidente était supérieur à trois, ce qui s'est produit à plusieurs reprises. Le dossier médical électronique de la personne résidente indiquait qu'il n'y avait pas de document « Évaluation de la douleur – version abrégée » ni d'« Évaluation de la douleur – note complète » lorsque la personne résidente se plaignait d'une douleur extrême. [672]

3) La personne résidente n° 010 souffrait de douleurs non gérées et son niveau de douleur était supérieur à trois, ce qui s'est produit à plusieurs reprises. Le dossier médical électronique de la personne résidente indiquait qu'il n'y avait pas de document « Évaluation de la douleur – version abrégée » ni d'« Évaluation de la douleur – note complète » lorsque la personne résidente se plaignait d'une douleur extrême. [672]

4) La personne résidente n° 016 souffrait de douleurs non contrôlées depuis plusieurs mois. Pendant cette période, on n'a documenté aucune « évaluation de la douleur – version abrégée » et on a documenté une seule « évaluation de la douleur – note complète » conformément à la politique du titulaire de permis. Il n'y avait aucune donnée probante selon laquelle le programme de soins de la

**Ministère des Soins de longue
durée**Division des opérations relatives aux
soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers

District du Centre-Est33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : (844) 231-5702

personne résidente avait été examiné ou révisé relativement à la gestion de la douleur. [571]

5) La personne résidente n° 014 a fait l'objet d'une évaluation de la douleur immédiatement après un incident de mauvais traitements entre personnes résidentes qui a causé une blessure. Aucune note sur la douleur n'a été documentée. Une deuxième évaluation de la douleur n'a été effectuée qu'environ deux jours après l'évaluation initiale. Aucune demande n'a été adressée dans le système e-MAR pour la personne résidente afin de demander au personnel d'effectuer des évaluations de la douleur. La personne GAH n° 108 a indiqué que l'on s'attend à ce que le personnel effectue une évaluation de la douleur après la blessure de la personne résidente.

La personne GHA ou la personne responsable du programme de traitement de la douleur et des soins palliatifs ont confirmé que les évaluations abrégées et complètes de la douleur des cinq personnes résidentes étaient incomplètes. Elles ont indiqué qu'il était difficile de mettre en œuvre le programme de gestion de la douleur. L'accent a été mis sur le programme de soins palliatifs. Elles n'étaient pas au courant des cas des personnes résidentes qui avaient une douleur non gérée, à moins qu'il ne s'agisse de soins palliatifs. Le personnel infirmier autorisé n'a pas participé au programme de traitement de la douleur et n'a pas assisté aux réunions. On a indiqué qu'une évaluation complète de la douleur devrait être effectuée lorsqu'une personne résidente souffre d'une nouvelle douleur ou si une personne résidente avait un niveau de douleur supérieur à cinq. Si une personne résidente recevait par routine des analgésiques suite à une douleur intense, il faudrait évaluer l'état pour déterminer s'il faut augmenter l'administration par routine de l'analgésique. Ce travail serait fait par l'infirmière ou l'infirmier responsable, l'infirmière praticienne ou l'infirmier praticien et/ou le ou la médecin.

L'IA responsable n° 136 a indiqué que si une personne résidente recevait

**Ministère des Soins de longue
durée**Division des opérations relatives aux
soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers

District du Centre-Est33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : (844) 231-5702

fréquemment un analgésique suite à une douleur intense et que la douleur n'était toujours pas soulagée, on informerait l'infirmière praticienne ou l'infirmier praticien, la médecin ou le médecin, la médecin ou le médecin de garde d'un possible changement d'ordonnance, notamment augmenter la dose ou la fréquence ou envisager le recours à d'autres analgésiques.

En omettant de mettre en œuvre le programme de gestion de la douleur, les personnes résidentes risquaient de souffrir d'une douleur incontrôlée en raison de l'absence d'évaluations de la douleur, d'examen du programme de soins et d'une mauvaise communication et collaboration. [571]

Sources : Incidents graves, dossiers médicaux de cinq personnes résidentes, politique de gestion de la douleur du titulaire de permis, entrevue avec le personnel. [601] [672] [571]

Cet ordre doit être respecté d'ici le 13 août 2024.

ORDRE DE CONFORMITÉ N° 006 Soins de la peau et des plaies

Cas de non-conformité n° 030 Ordre de conformité aux termes de la LRSLD 2021, disposition 154 (1) 2.

Cas de non-conformité au : Règl. de l'Ont. 246/22, sous-alinéa 55 (2) b) (i)

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 :

**Ministère des Soins de longue
durée**

Division des opérations relatives aux
soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : (844) 231-5702

(i) se fait évaluer la peau par un membre du personnel infirmier autorisé, au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour l'évaluation de la peau et des plaies,

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

Plus précisément, le titulaire de permis doit :

- 1) Élaborer et mettre en œuvre une procédure de suivi de tous les résidents du foyer qui présentent des signes d'altération de l'intégrité épidermique afin que les membres du personnel infirmier autorisé, y compris le personnel d'agence, soient tenus au courant de l'état de ces personnes résidentes et des évaluations et traitements requis. Tenir un registre documenté du système mis au point, des personnes résidentes qui doivent faire l'objet d'une évaluation de la peau, et présenter sans tarder l'information aux inspectrices, et ce, sur demande.

- 2) Dans les deux semaines suivant la réception de l'ordre de conformité, la personne responsable de la peau et des plaies doit effectuer des vérifications hebdomadaires pendant quatre semaines de l'ensemble des personnes résidentes qui présentent des signes d'altération de l'intégrité épidermique afin de s'assurer qu'elles ont été réévaluées au moins une fois par semaine par un membre du personnel infirmier autorisé au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique.

- 3) Tenir un registre documenté de chaque vérification, du nom des personnes résidentes et du vérificateur, ainsi que des dates d'exécution de la vérification. Indiquer toute erreur, omission ou correction, le nom du personnel qui en est responsable et toute formation donnée à ce membre du personnel. Présenter sans tarder l'information aux inspectrices, et ce, sur demande.

**Ministère des Soins de longue
durée**

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

District du Centre-Est

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

Motifs

1) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que cinq personnes résidentes qui présentaient des signes d'altération de l'intégrité épidermique, y compris une rupture de l'épiderme, des lésions de pression, des déchirures de la peau et des plaies aient été évaluées à l'aide d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour l'évaluation de la peau et des plaies.

Justification et résumé

Deux plaintes et trois rapports d'incident grave ont été soumis à la directrice ou au directeur concernant les soins de cinq personnes résidentes.

1) La personne résidente n° 005 présentait des signes d'altération de l'intégrité épidermique à plusieurs endroits. La personne résidente s'est fait prescrire un traitement antibiotique parce qu'une région de la peau était infectée. La note d'évaluation de la peau et des plaies appropriée sur le plan clinique n'a pas été remplie lorsqu'il est indiqué sur le plan clinique d'évaluer l'intégrité épidermique altérée. La personne GAH n° 168 a confirmé que la note d'évaluation de la peau et des plaies n'a pas été remplie et qu'elle aurait dû être utilisée pour décrire et mesurer l'intégrité cutanée altérée des personnes résidentes. [601]

2) La personne résidente n° 001 comptait plusieurs régions où l'intégrité de la peau était altérée. Le dossier médical n'indiquait pas que la personne résidente avait reçu une évaluation de la peau par un membre du personnel infirmier autorisé, à l'aide d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour l'évaluation de la peau et des plaies pendant cette période. Les entrevues auprès des IPA indiquent que l'on s'attend à ce que chaque personne résidente du foyer qui présente des signes d'altération de l'intégrité épidermique fasse l'objet d'une évaluation de la peau par un membre du personnel infirmier autorisé chaque

Ministère des Soins de longue**durée**

Division des opérations relatives aux
soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : (844) 231-5702

semaine, au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique à même le dossier médical électronique. Cette information a été vérifiée par la personne GAH n° 131. [672]

3) La personne résidente n° 010 présentait plusieurs signes d'altération de l'intégrité épidermique. La personne résidente s'est fait prescrire une antibiothérapie parce que l'une des régions était infectée. Le dossier médical n'indiquait pas que, durant cette période, la personne résidente a été réévaluée au moins une fois par semaine par un membre du personnel infirmier autorisé. Les entrevues auprès des IPA indiquent que l'on s'attend à ce que chaque personne résidente du foyer qui présente des signes d'altération de l'intégrité épidermique fasse l'objet d'une évaluation de la peau par un membre du personnel infirmier autorisé au moins une fois par semaine, au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique à même le dossier médical électronique. Cette information a été vérifiée par la personne GAH n° 131. [672]

4) La personne résidente n° 011 présentait des signes d'altération de l'intégrité épidermique et aucune évaluation de la peau n'a été effectuée en raison de contraintes de temps. Plusieurs mois plus tard, on a évalué la personne résidente qui présentait plusieurs signes d'altération cutanée au même endroit et qu'elle avait besoin d'un traitement antibiotique pour traiter une infection. Aucune documentation n'a été relevée dans l'outil d'évaluation de la peau et des plaies concernant l'altération cutanée de la personne résidente, ce qui a été confirmé par la personne responsable des traitements de la peau et des plaies. De plus, on a indiqué que l'on s'attend à ce que le personnel infirmier autorisé effectue une évaluation complète des signes d'altération de la peau dans l'application PCC dans le Dossier d'évaluation initiale des lésions de pression et dans le cadre de l'évaluation continue des lésions de pression.
[741749]

5) La personne résidente n° 016 présentait des signes d'altération de l'intégrité

**Ministère des Soins de longue
durée**Division des opérations relatives aux
soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers

District du Centre-Est33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : (844) 231-5702

épidermique pendant plusieurs mois. Au cours de cette période, une seule évaluation cliniquement appropriée de la plaie a été documentée, mais on n'avait pas mesuré la longueur, la largeur ou la profondeur de la plaie. La personne GAH n° 168 reconnaît que les évaluations des plaies auraient dû être effectuées chaque semaine et consignées dans une note d'évaluation continue des lésions de pression. [571]

Il y avait un risque accru de détérioration de la peau et/ou d'augmentation de la douleur lorsque l'efficacité des traitements cutanés n'a pas été évaluée pour les cinq personnes résidentes à l'aide de l'instrument cliniquement approprié pour la peau et les plaies.

Sources : Les incidents graves, les dossiers médicaux de cinq personnes résidentes, y les e-TAR, les ordonnances du prescripteur par voie numérique, la politique de gestion des soins de la peau et des plaies et les entrevues avec le personnel. [601] [672] [741749] [571]

Cet ordre doit être respecté d'ici le 13 août 2024.

ORDRE DE CONFORMITÉ N° 007 Gestion de la douleur

Cas de non-conformité n° 031 Ordre de conformité aux termes de la LRSLD 2021, disposition 154 (1) 2.

Cas de non-conformité au : Règl. de l'Ont. 246/22, par. 57 (2)

Gestion de la douleur

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

**Ministère des Soins de longue
durée**

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

District du Centre-Est

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

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

Plus précisément, le titulaire de permis doit :

- 1) Informer tout le personnel infirmier autorisé, y compris celui des agences, et les gestionnaires des aires d'habitation, des exigences du Règl. de l'Ont. 246/22, par. 57 (2).
- 2) Informer tout le personnel infirmier autorisé, y compris celui des agences, et les gestionnaires des aires d'habitation, de l'outil d'évaluation cliniquement approprié que le personnel doit utiliser pour évaluer la douleur d'une personne résidente lorsqu'elle n'est pas soulagée par les interventions initiales et lorsque l'évaluation doit être documentée.
- 3) Les dossiers de formation doivent inclure le nom de la personne qui donne la formation, le contenu de la formation, les dates, le nom et la signature du personnel formé.
- 4) Conserver les documents de formation et les remettre sans tarder à l'inspectrice, et ce, sur demande.

**Ministère des Soins de longue
durée**

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

District du Centre-Est

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

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, lorsque la douleur de quatre personnes résidentes n'était pas soulagée au moyen des interventions initiales, les personnes résidentes aient été évaluées à l'aide d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément à cette fin.

Justification et résumé

Une plainte et trois incidents graves ont été soumis à la directrice ou au directeur concernant les soins prodigués à quatre personnes résidentes.

1) La personne résidente n° 010 a subi une blessure et a reçu plusieurs ordonnances analgésiques pour l'aider à gérer sa douleur pendant plusieurs mois. Pendant cette période, le niveau de douleur de la personne résidente était supérieur à trois, et ce, à plusieurs reprises et le niveau atteignait également huit ou plus à plusieurs occasions. Aucune évaluation de la douleur n'a été documentée au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique lorsque les analgésiques étaient inefficaces. Une personne IA a indiqué que si la douleur d'une personne résidente n'était pas soulagée au moyen des interventions initiales, une évaluation plus complète de la douleur devrait être documentée. [672]

2) La personne résidente n° 016 s'est vu prescrire un analgésique au besoin, en plus des médicaments de routine du résident pour le contrôle de la douleur. La personne résidente a reçu l'analgésique pour une douleur intense à de nombreuses reprises pendant plusieurs mois. L'analgésique a été inefficace à plusieurs reprises. Pendant cette période, une évaluation de la douleur a été documentée au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique lorsque l'analgésique était inefficace. Une personne IA a indiqué que si la douleur d'une personne résidente n'était pas soulagée au moyen des interventions initiales,

**Ministère des Soins de longue
durée**Division des opérations relatives aux
soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers

District du Centre-Est33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : (844) 231-5702

une évaluation plus complète de la douleur devrait être documentée. [571]

3) La personne résidente n° 005 a souffert de douleurs non gérées pendant une longue période. Le personnel infirmier autorisé a indiqué que l'on aurait recours au score numérique de la douleur au moment d'administrer des analgésiques, mais que l'on n'avait pas effectué d'évaluation complète de la douleur. La personne résidente a dû prendre des médicaments pour combattre la douleur intense à plusieurs reprises pour la gestion de la douleur, et le traitement au besoin de la douleur n'était pas toujours efficace. La personne GAH n° 131 reconnaît que, selon la politique de gestion de la douleur du titulaire de permis, l'on demande au personnel d'utiliser l'outil Évaluation de la douleur – Note complète qui a été documentée dans l'application PCC, lorsque la douleur d'une personne résidente n'a pas été gérée. La personne GAH n° 131 a confirmé que l'évaluation complète de la douleur n'avait pas été assurée pour la personne résidente. [601]

4) La personne résidente n° 001 a subi une blessure et a eu besoin d'analgésiques pour l'aider à gérer sa douleur, et ce, pendant une longue période. La personne résidente a obtenu un score de douleur supérieur à trois, et ce, à plusieurs reprises. La personne résidente a reçu des médicaments pour combattre une douleur intense, et ce, à plusieurs reprises. À plusieurs reprises, l'analgésique a été jugé inefficace, et aucune évaluation de la douleur n'a été documentée au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique. Une personne IA a indiqué que si la douleur de la personne résidente n'était pas soulagée par les mesures initiales, une évaluation plus complète de la douleur devrait être documentée. [672]

Une évaluation de la douleur appropriée sur le plan clinique n'a pas été effectuée lorsque la douleur des personnes résidentes n'était pas soulagée au moyen des analgésiques de routine prescrits et au besoin. Les personnes résidentes risquaient de ressentir une douleur continue et l'omission d'évaluer la douleur de la personne résidente lorsque celle-ci n'était pas soulagée par les interventions initiales à l'aide

**Ministère des Soins de longue
durée**

Division des opérations relatives aux
soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : (844) 231-5702

d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique présentait un risque de négliger des aspects essentiels au confort de la personne résidente.

Sources : Les dossiers médicaux de quatre personnes résidentes, y compris les notes évolutives, le programme de soins, l'e-MAR, les ordonnances des médecins, le résumé du niveau de douleur et les entrevues avec le personnel. [672]
571 (601)

**Ministère des Soins de longue
durée**

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

District du Centre-Est

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

Cet ordre doit être respecté d'ici le 13 août 2024.

**ORDRE DE CONFORMITÉ N° 008 Service de restauration et de
collation**

Cas de non-conformité n° 032 Ordre de conformité aux termes de la LRSLD 2021,
disposition 154 (1) 2.

Cas de non-conformité au : Règl. de l'Ont. 246/22, disposition 79 (1) 3.

Service de restauration et de collation

par. 79 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que
le foyer offre un service de restauration et de collation qui comprend au minimum les
éléments suivants :

3. La surveillance de tous les résidents durant les repas.

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

Plus précisément, le titulaire de permis doit :

1) Informer tout le personnel qui prête main-forte dans la salle à manger de l'AHR
Creekside B des attentes à l'égard de la surveillance des personnes résidentes du
foyer pendant les services de repas. Cette formation doit inclure de l'information
sur les cas d'étouffement et la façon de reconnaître ces cas. Demander à tous les
employés d'attester qu'ils ont reçu la formation.

2) Conserver un dossier documenté de la formation fournie, ainsi que les feuilles de
présence du personnel, les dates et le contenu de la formation donnée. Présenter
sans tarder l'information aux inspectrices, et ce, sur demande.

**Ministère des Soins de longue
durée**

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

District du Centre-Est

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

3) Dans les deux semaines suivant la réception de cet ordre de conformité, la direction et le personnel infirmier autorisé doivent effectuer des vérifications quotidiennes des services de repas pendant une période de deux semaines pour s'assurer qu'un membre du personnel est présent jusqu'à ce que toutes les personnes résidentes aient terminé de consommer leurs aliments et liquides.

Conserver un dossier documenté des vérifications effectuées et remettre l'information sans tarder à l'inspectrice, et ce, sur demande.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que toutes les personnes résidentes soient surveillées pendant les repas.

Justification et résumé

L'inspectrice a observé une partie d'un service de repas du midi dans une AHR. Elle a constaté que plusieurs personnes résidentes étaient toujours présentes dans la salle à manger et consommaient des aliments ou des liquides, mais qu'aucun membre du personnel n'était présent pour surveiller les personnes résidentes. On a constaté qu'une personne IAA se trouvait devant le poste de soins infirmiers pour terminer la distribution des médicaments. L'IAA a indiqué qu'il était courant de distribuer les médicaments à partir de cet endroit, car celui-ci n'était pas loin de la salle à manger et que l'on estime, à partir de cet endroit, que l'on peut entendre si une personne résidente s'étouffe. À la suite d'une autre discussion, l'IAA a demandé à l'une des personnes PSSP de rester dans la salle à manger pour surveiller les personnes résidentes jusqu'à ce que tout le monde ait terminé le service de repas.

Une personne PSSP, une personne IIA, la personne gestionnaire du service alimentaire et la diététiste agréée ou le diététiste agréé ont indiqué que l'on

**Ministère des Soins de longue
durée**Division des opérations relatives aux
soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers

District du Centre-Est33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : (844) 231-5702

s'attendait à ce que toutes les personnes résidentes soient surveillées durant les repas.

En ne s'assurant pas que les personnes résidentes étaient surveillées pendant les services de repas, les personnes résidentes étaient exposées à des risques d'étouffement et/ou de suction.

Sources : Observations; entrevues avec la personne PSSP, la personne IAA, la personne gestionnaire du service alimentaire et la diététiste agréée ou le diététiste agréé. [672]

Cet ordre doit être respecté d'ici le 30 juin 2024.

**ORDRE DE CONFORMITÉ N° 009 Service de restauration et de
collation**

Cas de non-conformité n° 033 Ordre de conformité aux termes de la LRSLD 2021, disposition 154 (1) 2.

Cas de non-conformité au : Règl. de l'Ont. 246/22, disposition 79 (1) 9.

Service de restauration et de collation

par. 79 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer offre un service de restauration et de collation qui comprend au minimum les éléments suivants :

9. Des techniques adéquates pour aider les résidents à manger, notamment le positionnement sécuritaire des résidents qui ont besoin d'aide.

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

Plus précisément, le titulaire de permis doit :

Ministère des Soins de longue**durée**

Division des opérations relatives aux
soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : (844) 231-5702

1) Dans les deux semaines suivant la réception de cet ordre de conformité, effectuer des vérifications quotidiennes des services de repas pendant une période de deux semaines dans les aires d'habitation des personnes résidentes de Creekside et de Hilltop afin d'assurer un changement de position en toute sécurité pendant les repas.

2) Informer les membres du personnel affectés à la vérification des services de repas concernant le changement de position en toute sécurité requis pour les personnes résidentes pendant les services de repas et de collations. Si un changement de position non sécuritaire est relevé, assurer une réorientation et offrir une nouvelle formation sans tarder.

3) Tenir un registre documenté des vérifications menées à bien, de la date à laquelle la vérification a été terminée, de la personne qui a reçu la réorientation et de la nouvelle formation fournie, et en informer sans tarder les inspectrices, et ce, sur demande.

4) Assurer le leadership, la surveillance et la supervision de la gestion dans l'ensemble des salles à manger pendant chaque repas de la journée, y compris les fins de semaine et les jours fériés pendant une période de deux semaines, afin d'assurer le respect par le personnel du changement de position en toute sécurité requis pour les personnes résidentes pendant les repas. La supervision et la surveillance peuvent être déléguées à une personne IA une fois que l'équipe de gestion est convaincue que le personnel démontre en permanence que les personnes résidentes sont placées dans la bonne position pour la consommation d'aliments et de liquides.

5) Conserver un dossier documenté des affectations de gestion dans l'AHR et en informer les inspectrices sur demande.

Ministère des Soins de longue**durée**

Division des opérations relatives aux
soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : (844) 231-5702

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des techniques adéquates, y compris un changement de position sécuritaire, soient utilisées pour aider plusieurs personnes résidentes qui avaient chacune besoin d'aide pour manger.

Justification et résumé

Une plainte a été reçue au cours de l'inspection d'un membre de la famille concernant le changement de position sécuritaire pendant les repas. L'inspectrice a observé certaines parties des repas du midi et des services d'alimentation et a constaté que plusieurs personnes résidentes, qui avaient chacune besoin d'aide ou de supervision pour manger, n'étaient pas assises en position verticale et sécuritaire pendant la consommation d'aliments ou de liquides. Cela s'explique par le fait que les personnes résidentes étaient inclinées dans leur fauteuil roulant au moment d'ingérer des produits ou que les personnes résidentes avaient reçu un service de plateau dans leur chambre à coucher, mais on a constaté que la tête du lit n'était pas en position relevée et verticale ou qu'elles prenaient leur repas pendant qu'elles étaient placées dans une chaise longue dans leur chambre, alors qu'elles étaient inclinées, les jambes surélevées et que le plateau de repas reposait sur leurs genoux.

On a également observé que des PSSP étaient parfois debout au moment de venir en aide aux personnes résidentes à prendre des aliments ou des liquides, surtout pendant les services d'alimentation à l'extérieur des salles à manger.

L'examen des dossiers médicaux de plusieurs personnes résidentes et des programmes de soins écrits n'indiquait pas que les personnes résidentes devaient toujours être inclinées lorsqu'elles étaient assises dans leur fauteuil roulant ou qu'elles n'avaient pas la tête du lit surélevée, même pendant la consommation

**Ministère des Soins de longue
durée**

Division des opérations relatives aux
soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers
d'aliments ou de liquides.

District du Centre-Est

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

Les personnes résidentes n^{os} 033 et 038 ont indiqué qu'il s'agissait de la position habituelle que le personnel les aidait à avoir pendant la consommation des aliments et des liquides. Le personnel IAA et PSSP a indiqué qu'il s'agissait là de la position habituelle pour la personne résidente, même pendant la consommation de la nourriture ou de liquides, en raison de préoccupations selon lesquelles la personne résidente pourrait tomber de la chaise si elle était assise en position verticale ou pour assurer le confort de la personne résidente. La personne gestionnaire de l'alimentation et la diététiste agréée ou le diététiste agréé ont vérifié que l'on s'attendait à ce que toutes les personnes résidentes du foyer soient assises en position sécuritaire et verticale et que les membres du personnel soient assis lorsqu'ils aident les personnes résidentes pendant la consommation d'aliments et de liquides.

En ne s'assurant pas que les personnes résidentes et les membres du personnel sont en position sécuritaire pendant la consommation d'aliments et de liquides, les personnes résidentes étaient exposées à des risques d'étouffement et/ou de suction.

Sources : Observations de plusieurs personnes résidentes, programmes de soins écrits et kardex des personnes résidentes et entrevues avec les personnes résidentes et le personnel. [672]

Cet ordre doit être respecté d'ici le 30 juin 2024.

**ORDRE DE CONFORMITÉ N^o 010 Programme de prévention et de
contrôle des infections**

Ministère des Soins de longue**durée**

Division des opérations relatives aux
soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : (844) 231-5702

Cas de non-conformité n° 034 Ordre de conformité aux termes de la LRSLD 2021, disposition 154 (1) 2.

Cas de non-conformité au : Règl. de l'Ont. 246/22, alinéa 102 (2) b)

Programme de prévention et de contrôle des infections

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

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

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

Plus précisément, le titulaire de permis doit :

1) Assurer le leadership, la surveillance et la supervision de la part de l'équipe de gestion, des responsables cliniques ou de l'IA dans toutes les aires d'habitation pendant deux semaines au moment d'assurer une présence dans chaque aire d'habitation pendant au moins 20 minutes, de 5 h 30 à 8 h 30 et de 18 h 30 à 22 h 00 afin de veiller à ce que le personnel respecte les pratiques de PCI appropriées. Tenir un registre documenté des personnes affectées à l'AHR, y compris les dates et les périodes, et transmettre sans tarder l'information aux inspectrices, et ce, sur demande.

Si une personne IA se voit confier cette tâche, elle ne devrait pas être appelée à fournir des soins infirmiers directs dans l'aire d'habitation pendant qu'elle s'assure du respect des pratiques de PCI.

2) Dans les deux semaines suivant la réception de cet ordre de conformité, effectuer des vérifications quotidiennes de l'hygiène des mains dans l'ensemble des AHR pendant une période de deux semaines, en mettant l'accent sur les personnes résidentes qui reçoivent des repas servis par le service de plateau et les

**Ministère des Soins de longue
durée**Division des opérations relatives aux
soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers

District du Centre-Est33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : (844) 231-5702

services de nourriture, afin de s'assurer que l'hygiène des mains est effectuée par le personnel et les personnes résidentes, au besoin. Fournir sur-le-champ de l'éducation et de la formation au personnel qui ne respecte pas l'hygiène des mains appropriée et faire le suivi des résultats des vérifications effectuées pour déterminer si les mêmes membres du personnel sont visés par les questions de non-conformité. Les vérifications doivent inclure le nom de la personne qui a effectué la vérification, les constatations des cas de non-conformité et les mesures correctives prises pour rectifier les cas de non-conformité. Conserver un dossier documenté des vérifications effectuées et mettre sans tarder l'information à la disposition des inspectrices, et ce, sur demande.

3) Dans les deux semaines suivant la réception de cet ordre de conformité, effectuer des vérifications quotidiennes pendant une semaine, puis des vérifications deux fois par semaine pendant une période de trois semaines concernant l'enfilage et le retrait de l'EPI afin de s'assurer que l'EPI est bien approvisionné dans tous les postes d'EPI requis et qu'il est utilisé, enfilé et retiré au besoin. Fournir sur-le-champ de l'information et de la formation au personnel qui ne respecte pas les mesures de PCI appropriées et faire le suivi des résultats des vérifications effectuées pour déterminer si les mêmes membres du personnel sont visés par des questions de non-conformité. Les vérifications doivent inclure le nom de la personne qui a effectué la vérification, toute constatation de cas de non-conformité et les correctifs adoptés pour rectifier les cas de non-conformité. Conserver un dossier documenté des vérifications effectuées et soumettre sans tarder l'information aux inspectrices, et ce, sur demande.

4) Dans les deux semaines suivant la réception de cet ordre de conformité, effectuer des vérifications deux fois par semaine pendant quatre semaines des postes de désinfection des mains à la sortie des chambres des personnes résidentes pour s'assurer qu'ils sont bien remplis et qu'ils fonctionnent correctement. Les vérifications doivent inclure le nom de la personne qui a effectué

Ministère des Soins de longue**durée**

Division des opérations relatives aux
soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : (844) 231-5702

la vérification, toute constatation de cas de non-conformité et les correctifs adoptés pour rectifier les cas de non-conformité. Conserver un dossier documenté des vérifications effectuées et soumettre sans tarder l'information aux inspectrices, et ce, sur demande.

Motifs

1) Le titulaire de permis n'a pas veillé au respect d'une norme ou d'un protocole émis par la directrice ou le directeur relativement à la PCI.

Plus précisément, en ce qui concerne l'équipement de protection individuelle (EPI) supplémentaire requis en vertu de l'alinéa 9.1 f) de la Norme de PCI pour les foyers de soins de longue durée, révisée en septembre 2023.

Justification et résumé

Au cours de l'inspection, les pratiques de PCI suivantes liées à l'EPI ont été observées :

-On a constaté que des membres du personnel ne portaient pas correctement du matériel d'EPI, comme un masque sous le nez lorsqu'ils étaient dans le foyer, un masque en double ou des gants en double.

-Il n'y avait pas de postes de retrait de l'équipement dans les chambres des personnes résidentes, ce qui nécessite des précautions à prendre, et on n'en a pas vu non plus dans les couloirs.

-On a constaté que les personnes résidentes qui avaient besoin d'un traitement médical nécessitant l'utilisation d'EPI n'avaient pas de postes d'enfilage et de retrait de l'EPI à l'entrée et à la sortie de leur chambre.

-Dans les postes d'EPI à l'extérieur des chambres des personnes résidentes où il

Ministère des Soins de longue**durée**

Division des opérations relatives aux
soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : (844) 231-5702

fallait appliquer des précautions contre les contacts ou les gouttelettes, on a constaté l'absence d'un ou de plusieurs des articles d'EPI requis, comme des blouses, des gants, des masques, des lunettes de protection et/ou des lingettes désinfectantes.

-On a observé des membres du personnel et des visiteurs sortir du foyer alors qu'ils portaient encore leur masque.

-On a constaté que, pour plusieurs personnes résidentes, l'on devait prendre des précautions, ce qui nécessitait l'utilisation d'un type précis de gants, et qu'un type différent de gants était les seuls gants présents dans les postes d'enfilage de l'EPI.

-On a constaté que le personnel, les aidants essentiels (AE) et les visiteurs enfilaient ou retiraient les articles d'EPI d'une manière ou dans un ordre de façon erronée.

-On a observé que le personnel, les AE et les visiteurs se trouvaient dans les chambres des personnes résidentes où des précautions contre les contacts et les gouttelettes devaient être mises en œuvre sans porter tout le matériel d'EPI requis.

-Le personnel infirmier autorisé a observé des AE et interagissait avec eux dans les chambres des personnes résidentes où des précautions contre les contacts et les gouttelettes devaient être mises en œuvre lorsque les AE ne portaient pas tous les articles d'EPI requis, mais on n'offrait pas de formation, de conseils ni des mesures d'orientation sur la nécessité de porter chaque matériel d'EPI requis.

-Les chambres des personnes résidentes où des mesures de précaution contre les contacts ou les gouttelettes devaient être mises en œuvre ne comportaient pas de postes d'EPI à l'entrée de la chambre.

-On a observé que des membres du personnel étaient assis sur le lit dans les

**Ministère des Soins de longue
durée**

Division des opérations relatives aux
soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers

chambres des personnes résidentes, ce qui nécessite des précautions contre les contacts et les gouttelettes.

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : (844) 231-5702

Au cours d'une entrevue, la personne responsable de la PCI a confirmé que chaque membre du personnel avait reçu la formation requise sur la façon d'enfiler, de retirer et d'utiliser correctement le matériel d'EPI. La personne responsable de la PCI a indiqué que des postes de retrait devaient se trouver à la sortie à l'intérieur de chaque chambre de résident et que des précautions devaient être appliquées. La personne responsable de la PCI a également indiqué que l'on s'attendait à ce que chaque membre du personnel du foyer assume la responsabilité de veiller à ce que chaque poste d'EPI soit approvisionné adéquatement en tout temps de matériel d'EPI requis et que tout le personnel de première ligne ait accès aux fournitures d'EPI.

En ne s'assurant pas que le personnel, les AE et les visiteurs utilisent adéquatement le matériel d'EPI et que les postes d'EPI soient bien approvisionnés, les personnes résidentes ont été exposées à un risque accru de propagation des infections dans le foyer.

Sources : Observations; entrevues avec les personnes résidentes et le personnel.
[672]

**Ministère des Soins de longue
durée**

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

District du Centre-Est

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

2) Le titulaire de permis n'a pas veillé au respect d'une norme ou d'un protocole émis par la directrice ou le directeur relativement à la PCI.

Plus précisément, en ce qui concerne l'affichage exigé en vertu de la disposition 9.1 e) de la Norme sur les précautions supplémentaires en matière de PCI, il faut inclure : e) l'affichage au point de service indiquant que des mesures de contrôle de PCI renforcées sont en place.

Justification et résumé

Au cours des observations effectuées tout au long de l'inspection, les inspectrices n^{os} 601, 741749 et 672 ont observé ce qui suit :

-Des affiches à l'extérieur des chambres communes des personnes résidentes indiquaient qu'une des personnes résidentes d'une certaine chambre exigeait des précautions supplémentaires, mais on ne précisait pas quelle personne avait besoin de ces précautions. Aucune autre affiche n'a été relevée dans les chambres pour indiquer de quelle personne il s'agissait. Plusieurs PSSP n'ont pas été en mesure d'indiquer quelle personne qui résidait dans une chambre avait besoin des précautions prévues, parce que cette personne était nouvelle dans l'AHR.

-On a observé qu'il y avait des affiches à l'entrée de la chambre des personnes résidentes indiquant qu'il fallait prendre des précautions supplémentaires, mais qu'aucun poste d'enfilage et de retrait de l'EPI n'était présent. Plusieurs PSSP n'ont pas été en mesure d'indiquer si la personne qui résidait dans la chambre exigeait ou non que les précautions soient mises en place.

**Ministère des Soins de longue
durée**

Division des opérations relatives aux
soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : (844) 231-5702

-On a constaté que l'on n'avait pas exposé à l'extérieur des chambres des personnes résidentes, qui nécessitaient des précautions supplémentaires, des affiches sur les mesures de précaution adéquates à prendre.

Ministère des Soins de longue**durée**

Division des opérations relatives aux
soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : (844) 231-5702

-On a constaté que les personnes résidentes qui ont subi des interventions médicales spécifiées n'avaient pas à l'extérieur de leur chambre les affiches des bonnes mesures de précaution supplémentaires à prendre.

-Les observations relatives à l'absence d'affiches ont été signalées à la personne responsable de la PCI, qui a immédiatement exposé les affiches requises. Plusieurs jours plus tard, les inspectrices ont constaté que certaines affiches, en particulier pour les personnes résidentes qui ont reçu les procédures médicales prescrites, avaient été retirées.

Au cours d'entrevues distinctes, le personnel PSSP a indiqué que les affiches avaient été retirées en raison de la confusion, à savoir si et quand les précautions devaient être appliquées. Le personnel PSSP a également indiqué qu'il ne savait pas quel matériel d'EPI était nécessaire lorsqu'il faut appliquer certaines procédures médicales particulières pour une personne résidente. Le personnel IAA a indiqué que l'affichage avait été retiré pendant le quart de travail visé, car les précautions devaient seulement être appliquées pendant ce quart de travail visé. L'affichage vérifié par la personne responsable de la PCI et exposé à l'extérieur des chambres des personnes n'indiquait pas quelle personne de quelle chambre devait compter sur des précautions nécessaires et il n'y avait pas d'autres affiches dans la chambre pour indiquer au personnel quelles autres précautions il fallait utiliser pour quelle personne.

En ne s'assurant pas que des affiches au point de service indiquent que des mesures de PCI renforcées étaient en place, les personnes résidentes ont été exposées à un risque accru de propagation des infections dans le foyer.

Sources : Observations, entrevues avec les personnes résidentes et le personnel.

**Ministère des Soins de longue
durée**

Division des opérations relatives aux
soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers

[672]

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : (844) 231-5702

3) Le titulaire de permis n'a pas veillé au respect d'une norme ou d'un protocole émis par la directrice ou le directeur relativement à la PCI.

Ministère des Soins de longue**durée**

Division des opérations relatives aux
soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : (844) 231-5702

Plus précisément, en ce qui concerne l'hygiène des mains exigée en vertu des dispositions 9.1 b), 10.4 h) et 10.4 i) d'autres mesures de précaution standard de PCI, selon lesquelles les personnes résidentes doivent être épaulées pour se laver les mains avant la consommation d'aliments et de liquides et le personnel doit se laver les mains comme l'exigent les pratiques de base.

Justification et résumé

L'inspectrice n° 672 a observé une partie des services de repas et de nourriture offerts aux personnes résidentes dans chacune des AHR. L'inspectrice a observé que le personnel PSSP livrait des plateaux de repas aux personnes résidentes dans leur chambre où des précautions d'isolement s'appliquaient, mais on n'a pas remarqué que l'on offrait de l'aide ni aidait les personnes résidentes à se laver les mains avant de commencer leurs repas. Pendant les services d'alimentation, on a observé que le personnel PSSP fournissait de la nourriture et/ou des produits liquides aux personnes résidentes, mais on n'offrait pas d'aide ou on n'épaulait pas les personnes résidentes à se laver les mains avant de prendre leur collation. Certains membres du personnel n'exerçaient pas leur propre exercice d'hygiène des mains entre le service d'alimentation et l'aide offerte aux personnes résidentes et on a parfois observé que l'on récupérait les collations dans le chariot de nourriture à mains nues.

Au cours d'entrevues distinctes, plusieurs PSSP ont vérifié que l'on n'offrait pas d'aide ou on n'aidait pas les personnes résidentes à se laver les mains avant de consommer de la nourriture ou des liquides et que, selon les pratiques du foyer, cette mesure est de mise pour le personnel. Plusieurs autres PSSP ont indiqué qu'ils n'avaient pas offert ni effectué de mesures d'hygiène des mains pour eux-mêmes ni pour les personnes résidentes à qui ils fournissaient des collations, car cela n'était nécessaire qu'avant les services de repas. La personne responsable de la PCI, la personne gestionnaire de la PCI et la personne DDS ont indiqué que l'on s'attendait

**Ministère des Soins de longue
durée**Division des opérations relatives aux
soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers

District du Centre-Est33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : (844) 231-5702

à ce que le personnel offre de l'aide ou aide les personnes résidentes concernant la pratique d'hygiène des mains avant de consommer des aliments ou des liquides, et que le personnel se lave les mains entre chaque résident qu'il aide au moment de l'ingestion d'aliments ou de liquides.

En ne s'assurant pas d'offrir à l'ensemble des personnes résidentes un service de lavage des mains avant de consommer des aliments et des liquides ni que le personnel respecte les mesures d'hygiène des mains entre le moment où il aide les personnes résidentes et le moment de la consommation, le risque de propagation de maladies infectieuses s'est accru.

Sources : Observations; entrevues avec le personnel. [672]

Cet ordre doit être respecté d'ici le 13 août 2024.

Une pénalité administrative pécuniaire (PAP) est imposée relativement à l'ordre de conformité n° 004.

AVIS DE PÉNALITÉ ADMINISTRATIVE PÉCUNIAIRE (PAP)

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la LRSLD 2021

Avis de pénalité administrative pécuniaire PAP n° 004

Relativement à l'ordre de conformité n° 010

Conformément à l'article 158 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*, le titulaire de permis est tenu de payer une pénalité administrative de 5 500,00 \$, qui sera réglée dans les 30 jours suivant la date de la facture. Conformément aux par. 349 (6) et (7) du Règl. de l'Ont. 246/22, cette pénalité administrative est imposée, car le titulaire de permis ne s'est pas conformé à une

**Ministère des Soins de longue
durée**

Division des opérations relatives aux
soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : (844) 231-5702

exigence, d'où l'imposition d'un ordre en vertu de l'art. 155 de la Loi et, pendant les trois années précédant immédiatement la date de l'ordre rendu en vertu de l'art. 155, le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la même exigence.

**Ministère des Soins de longue
durée**

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

District du Centre-Est

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

Antécédents en matière de conformité :

Cas précédents de non-conformité au Règlement de l'Ontario 246/22, alinéa 102 (2)
b) :

-Avis écrit émis le 24 novembre 2023, n° 2023-1419-0003.

-Avis écrit émis le 5 avril 2023, n° 2023-1419-0002.

-Ordre de conformité (HP) émis le 3 novembre 2022, n° 2022-1419-0001.

Il s'agit de la première PAP imposée au titulaire de permis pour défaut de se
conformer à cette exigence.

La facture contenant les renseignements sur le paiement sera envoyée séparément
après la signification de l'avis.

Les titulaires de permis ne doivent pas payer de PAP à même une enveloppe de
financement pour les soins aux personnes résidentes provenant du Ministère [c.-à-d.
Soins infirmiers et personnels (SIP), Services des programmes et de soutien (SPS) et
Aliments crus (AC)]. En versant un paiement au ministre des Finances, le titulaire de
permis atteste que les fonds ne sont pas puisés à même une enveloppe de
financement au titre des soins aux personnes résidentes pour régler la PAP.

**ORDRE DE CONFORMITÉ N° 011 Programme de prévention et de
contrôle des infections**

Cas de non-conformité n° 035 Ordre de conformité aux termes de la LRSLD 2021,
disposition 154 (1) 2.

Cas de non-conformité au : Règl. de l'Ont. 246/22, disposition 102 (7) 9.

**Ministère des Soins de longue
durée**

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

District du Centre-Est

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

Programme de prévention et de contrôle des infections

par. 102 (7) Le titulaire de permis veille à ce que le responsable de la prévention et du contrôle des infections désigné en application du paragraphe (5) s'acquitte des responsabilités suivantes au foyer :

9. Il examine les résultats de dépistage quotidiens et mensuels qu'a recueillis le titulaire de permis afin d'établir si des mesures doivent être prises.

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

Plus précisément, le titulaire de permis doit :

- 1) Élaborer et mettre en œuvre une procédure qui décrit clairement qui est responsable de l'examen quotidien des résultats du dépistage des infections afin de déterminer si des mesures doivent être prises. La procédure doit indiquer qui est responsable à titre de remplaçant lorsque la personne désignée n'est pas disponible pour examiner l'information au quotidien.
- 2) Informer chaque membre du personnel responsable de l'examen quotidien de l'information sur la procédure établie. Conserver un dossier documenté de la formation offerte et de l'attestation de chaque membre du personnel qui a reçu la formation.
- 3) Dans les deux semaines suivant la réception de cet ordre de conformité, vérifier les notes évolutives des personnes résidentes de façon hebdomadaire pendant une période de quatre semaines pour s'assurer que, si des mesures devaient être prises en lien avec les problèmes de contrôle des infections, les interventions requises ont été mises en œuvre. Conserver un dossier documenté des vérifications effectuées et mettre sans tarder l'information à la disposition des inspectrices, et ce, sur demande.

**Ministère des Soins de longue
durée**

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

District du Centre-Est

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

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un examen spécialisé au quotidien des résultats du dépistage des infections recueillis soit effectué afin de déterminer si des mesures devaient être prises.

**Ministère des Soins de longue
durée**

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

District du Centre-Est

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

Justification et résumé

L'inspectrice n° 672 a passé en revue le programme interne de PCI au foyer et a été informée que la personne responsable de la PCI était chargée d'examiner quotidiennement les notes évolutives documentées pour dépister toute infection pouvant sévir dans le foyer. L'examen de la description de travail de la personne titulaire du poste indique qu'elle était responsable de veiller à ce que l'exercice de surveillance soit mené à bien.

Au cours d'entrevues distinctes, la personne responsable de la PCI a indiqué qu'elle était chargée d'examiner quotidiennement la documentation et les notes évolutives de la PCI afin d'évaluer toute infection pouvant sévir dans le foyer. Si la documentation indique que des personnes résidentes présentent des symptômes, on s'attend à ce que l'on veille à ce que les interventions qui s'imposent soient mises en œuvre. La personne responsable de la PCI a également indiqué, lorsqu'elle n'était pas en service pendant les fins de semaine ou les jours fériés, qu'elle passerait en revue la documentation à son retour au foyer. On ne savait pas si un membre du personnel de relève se consacrait précisément à cette tâche pendant son absence et aucun rapport n'a été reçu concernant le contrôle des infections à son retour. La personne responsable de la PCI a indiqué que l'infirmière ou l'infirmier responsable devait examiner les notes évolutives pendant les 24 heures précédant son quart de travail, car l'on était responsable de l'état des personnes résidentes dans l'ensemble du foyer, mais que l'examen ne visait pas précisément la PCI.

En ne s'assurant pas qu'il y a un examen quotidien consacré aux résultats du dépistage des infections pour déterminer si des mesures devaient être prises, les personnes résidentes ont été exposées à un risque accru de propagation possible des infections dans le foyer.

**Ministère des Soins de longue
durée**

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

District du Centre-Est

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

Sources : Description de travail de la personne responsable de la PCI; entrevues avec la personne responsable de la PCI et la personne gestionnaire de la PCI. [672]

Cet ordre doit être respecté d'ici le 30 juin 2024.

**Ministère des Soins de longue
durée**

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

District du Centre-Est

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

**ORDRE DE CONFORMITÉ N° 012 Programme de prévention et de
contrôle des infections**

Cas de non-conformité n° 036 Ordre de conformité aux termes de la LRSLD 2021,
disposition 154 (1) 2.

Cas de non-conformité au : Règl. de l'Ont. 246/22, par. 102 (8)

Programme de prévention et de contrôle des infections

par. 102 (8) Le titulaire de permis veille à ce que tout le personnel participe à la mise en œuvre du programme, notamment tous les membres de l'équipe de leadership, y compris l'administrateur, le directeur médical, le directeur des soins infirmiers et des soins personnels, et le responsable de la prévention et du contrôle des infections. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 102 (8)

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

Plus précisément, le titulaire de permis doit s'acquitter des tâches suivantes :

1) Fournir à l'équipe de PCI les services d'un spécialiste certifié en PCI qui possède de l'expérience en maladies infectieuses, en nettoyage et désinfection, en collecte de données et analyse des tendances, en protocoles de déclaration, en gestion des éclosions, en asepsie, en microbiologie, en éducation des adultes, en épidémiologie et en gestion de programmes.

2) La personne spécialiste de la PCI doit être disponible en personne au foyer lorsqu'il n'y a aucune éclosion, et ce, pendant au moins 3 jours par semaine jusqu'à ce que la personne responsable de la PCI ait terminé la formation requise en PCI. Lorsqu'une éclosion sévit dans le foyer, le spécialiste en PCI doit être disponible en personne au foyer 5 jours par semaine, jusqu'à ce que l'éclosion soit endiguée.

Ministère des Soins de longue**durée**

Division des opérations relatives aux
soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : (844) 231-5702

- 3) Un calendrier sera dressé et mis en œuvre indiquant quand le spécialiste de la PCI sera présent en personne au foyer. Tenir un registre documenté du calendrier du spécialiste de la PCI et le mettre sans tarder à la disposition des inspectrices, et ce, sur demande.
- 4) S'assurer qu'il y a une personne pour remplacer la personne responsable de la PCI au foyer si cette dernière n'est pas en mesure de s'acquitter de ses fonctions.
- 5) Assurer le leadership, la surveillance et la supervision de l'équipe multidisciplinaire de PCI dans l'ensemble des aires d'habitation pendant deux semaines en assurant une présence dans chaque aire d'habitation pendant au moins 20 minutes, soit de 5 h 30 à 8 h 30 et de 18 h 30 à 22 h 00 afin d'assurer le respect des pratiques de PCI appropriées par le personnel. Tenir un registre documenté des personnes affectées à l'AHR, y compris les dates et les périodes, et transmettre sans tarder l'information aux inspectrices, et ce, sur demande. Si la tâche est confiée au membre de l'équipe de PCI, il ne devrait pas être prévu qu'il fournisse des soins infirmiers directs dans la section accessible aux personnes résidentes pendant qu'il s'assure du respect des pratiques de PCI.
- 6) Dans les deux semaines suivant la réception de cet ordre de conformité, effectuer des vérifications hebdomadaires pendant quatre semaines des salles de bain communes des personnes résidentes pour obtenir de l'information sur les contenants de prélèvement d'urine non étiquetés, les bassins de lit non étiquetés, les rouleaux ouverts de papier hygiénique sur les comptoirs ou à l'arrière des réservoirs de toilettes, ainsi que sur la propreté des planchers de la chambre et de la salle de bain, ce qui dégage une odeur d'urine. Les vérifications doivent inclure le nom de la personne qui a effectué la vérification et la date, les constatations des cas de non-conformité et les mesures correctives prises pour rectifier les cas de non-conformité. Conserver un dossier documenté des vérifications effectuées et mettre sans tarder l'information à la disposition des inspectrices, et ce, sur

**Ministère des Soins de longue
durée**

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

District du Centre-Est

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

7) Dans les deux semaines suivant la réception de cet ordre de conformité, effectuer des vérifications quotidiennes pendant deux semaines, puis deux vérifications hebdomadaires pendant quatre semaines du matériel qu'ont en commun les personnes résidentes, dont les tensiomètres, les lève-personnes, les baignoires et les chaises de douche, pour s'assurer qu'ils sont nettoyés et désinfectés entre chaque utilisation par les personnes résidentes. Les vérifications doivent inclure le nom de la personne responsable et la date de la vérification, ainsi que toute constatation de cas de non-conformité et des mesures correctives prises pour rectifier les cas de non-conformité. Conserver un dossier documenté des vérifications effectuées et mettre sans tarder l'information à la disposition des inspectrices, et ce, sur demande.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que tout le personnel participe à la mise en œuvre du programme de PCI au foyer.

Justification et résumé

Tout au long de l'inspection, les observations suivantes ont été faites au sujet des pratiques de PCI dans le foyer :

-On a observé des membres du personnel en train de transporter des produits d'incontinence et du linge souillés dans leurs mains dans les couloirs communs.

-On a observé que l'équipement commun aux personnes résidentes, comme les appareils de mesure des signes vitaux et les lève-personnes, était utilisé entre les personnes résidentes sans nettoyer ou désinfecter le matériel avant son utilisation.

**Ministère des Soins de longue
durée**

Division des opérations relatives aux
soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : (844) 231-5702

-Les articles personnels comme les déodorants à billes, les lavabos pour se laver la tête et les brosses à dents n'étaient pas étiquetés dans les espaces communs aux personnes résidentes.

-Des employés ont été observés en train de transporter des plateaux de repas et de la vaisselle dans les chambres des personnes résidentes, et des précautions contre les contacts et les gouttelettes ont été mises en œuvre à mains nues, après avoir posé le plateau de repas sur le chariot du poste d'enfilage de l'EPI nettoyé. Les articles seraient ensuite placés dans les cuisinettes sans qu'aucune identification ni notification au personnel du service de restauration indique que le plateau a circulé dans cet environnement-là.

**Ministère des Soins de longue
durée**

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

District du Centre-Est

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

-On a observé que des produits d'incontinence, du linge et gants souillés étaient laissés sur les planchers dans les salles communes du spa et les chambres des personnes résidentes.

-L'inspectrice n° 571 a observé une personne prendre un verre dans un bac à vaisselle sale et en boire le contenu dans la section des soins liés à la démence. On a constaté que le chariot à vaisselle sale avait été laissé de côté dans une aire commune, accessible aux personnes résidentes. Au cours d'une entrevue, la DDS ou le DDS a indiqué ne pas connaître avec certitude la provenance de la tasse.

-Une personne IAA a observé un aidant essentiel interagissant avec la personne résidente n° 064 et qu'il y avait des précautions contre les contacts et les gouttelettes à prendre, et ce, sans porter l'EPI requis. L'IAA n'a fourni aucune information, orientation ni directive à l'AE concernant la nécessité d'utiliser correctement l'EPI.

-L'inspectrice n° 672 a observé des personnes résidentes prendre des aliments et des liquides ainsi que de la vaisselle sale dans le bac à vaisselle sale qui avait été laissé là dans le couloir commun.

-Lors de plusieurs éclosions, on a constaté que plusieurs personnes résidentes avaient présenté plus d'un symptôme d'une maladie infectieuse, comme des maladies respiratoires ou entériques, sans être isolées. Les personnes résidentes ont continué de participer aux activités communes et de fréquenter les aires communes, comme les salles à manger, tout en ayant des symptômes.

-Les personnes résidentes ayant une infection et qui recevaient une antibiothérapie n'ont pas fait l'objet d'un suivi et l'information n'a pas été documentée d'un quart de travail à l'autre.

**Ministère des Soins de longue
durée**

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

District du Centre-Est

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

- On a observé que plusieurs paires de lunettes usagées ou souillées reposaient sur le poste ou le chariot d'enfilage de l'EPI propre. Une personne IAA a indiqué qu'elles étaient souillées et on les a retirées du poste d'enfilage et on les a remises au préposé aux soins infirmiers et on a demandé qu'elles soient nettoyées.

Ministère des Soins de longue**durée**

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

District du Centre-Est

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

-On a observé que le personnel PSSP et ASC prodiguait des soins aux personnes résidentes et il y avait des affiches à l'extérieur des chambres indiquant qu'il fallait prendre des précautions auprès des personnes résidentes sans qu'il porte l'EPI requis. Le personnel a vérifié que l'on avait observé les affiches, mais on ne savait pas avec certitude s'il fallait prendre des précautions auprès des personnes résidentes, mais on leur a fourni des soins avant de vérifier l'information sur les affiches.

-Une personne avait une affiche à l'extérieur de sa chambre indiquant que le port du masque N95 était obligatoire dans son environnement. On a observé qu'une personne IAA prodiguait des soins à la personne sans masque N95 et on a mentionné que cette situation était attribuable au fait que les masques n'étaient pas disponibles au point de service.

-On a observé des rouleaux ouverts de papier hygiénique qui avaient été laissés derrière les toilettes, sur les comptoirs et sur le sol à côté des toilettes dans plusieurs salles de spa et salles de bain communes.

-Dans les salles de bain de plusieurs personnes résidentes, il y avait des contenants de prélèvement d'urine non étiquetés et/ou des bassins de lit non étiquetés laissés derrière les toilettes et/ou sur le plancher des salles de bain.

Au cours d'entrevues distinctes, la personne responsable de la PCI a confirmé que chaque membre du personnel avait reçu une formation sur la PCI. La personne responsable de la PCI a également indiqué qu'il n'était pas acceptable que le personnel s'assoie sur le lit des personnes résidentes; l'équipement utilisé pour plusieurs personnes résidentes devrait être nettoyé ou désinfecté entre chaque utilisation et que les produits pour incontinence souillés ne devraient pas être jetés au sol ou transportés dans les couloirs par les membres du personnel.

**Ministère des Soins de longue
durée**

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

District du Centre-Est

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

Les observations ont démontré que les pratiques de PCI du personnel du foyer étaient incohérentes. Ces observations comportaient un risque réel de préjudice pour les personnes résidentes. En ne respectant pas le programme de PCI du foyer,

**Ministère des Soins de longue
durée**

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

District du Centre-Est

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

la transmission d'agents infectieux, y compris le virus de la COVID-19, est possible.

Les cas de non-conformité suivants sont relevés dans le présent rapport concernant les mesures de PCI :

-Un avis écrit relatif au Règl. de l'Ont. 246/22, sous-alinéa 93 (2) b) (ii), préoccupations relatives à l'entretien ménager.

-Un avis écrit relatif au Règl. de l'Ont. 246/22, alinéa 102 (4) b), préoccupations concernant le programme de PCI.

-Un avis écrit relatif au Règl. de l'Ont. 246/22, alinéa 102 (4) d), préoccupations concernant les mesures de PCI.

-Un avis écrit relatif au Règl. de l'Ont. 246/22, disposition 115 (1) 5, préoccupations concernant le signalement d'incidents graves.

-Ordre de conformité (HP) aux termes du Règlement de l'Ontario 246/22, alinéa 102 (2) b), préoccupations concernant les mesures de PCI.

-Ordre de conformité (HP) aux termes du Règlement de l'Ontario 246/22, disposition 102 (7) 9, préoccupations concernant les mesures de PCI.

-Ordre de conformité (HP) aux termes du Règlement de l'Ontario 246/22, par. 102 (8) préoccupations concernant le programme de PCI.

-Ordre de conformité relatif au Règl. de l'Ont. 246/22, alinéa 102 (9) a), préoccupations concernant le programme de PCI.

Sources : Observations; entrevues avec les personnes résidentes, les AE, les PSSP,

**Ministère des Soins de longue
durée**Division des opérations relatives aux
soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers

les IAA, les IA, le personnel de l'entretien ménager et du régime alimentaire, la
personne responsable de la PCI, la personne gestionnaire de la PCI et la DDS ou le
DDS. [672]

District du Centre-Est33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : (844) 231-5702

Cet ordre doit être respecté d'ici le 13 août 2024.

**Cet ordre de conformité est également considéré comme un avis écrit et est
renvoyé au directeur pour que ce dernier prenne d'autres mesures.**

**Une pénalité administrative pécuniaire (PAP) est imposée relativement à cet
ordre de conformité PAP n° 005**

AVIS DE PÉNALITÉ ADMINISTRATIVE PÉCUNIAIRE (PAP)

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la LRSLD 2021

Avis de pénalité administrative pécuniaire PAP n° 005**Relativement à l'ordre de conformité n° 012**

Conformément à l'article 158 de la LRSLD 2021, le titulaire de permis est tenu de
payer une pénalité administrative de 11 000 \$, qui sera réglée dans les 30 jours
suivant la date de la facture.

Conformément aux par. 349 (6) et (7) du Règl. de l'Ont. 246/22, cette pénalité
administrative est imposée, car le titulaire de permis ne s'est pas conformé à une
exigence, d'où l'imposition d'un ordre en vertu de l'art. 155 de la Loi et, pendant les
trois années précédant immédiatement la date de l'ordre rendu en vertu de l'art. 155,
le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la même exigence.

Antécédents en matière de conformité :

Cas précédents de non-conformité au Règl. de l'Ont. 79/10, par. 229 (4) :

-Avis écrit émis le 27 juillet 2021 n° 2021_887111_0012.

Ministère des Soins de longue**durée**

Division des opérations relatives aux
soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers

-Ordre de conformité (HP) émis le 10 février 2022 n° 2021_885601_0024.

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : (844) 231-5702

Cas précédents de non-conformité en vertu du Règl. de l'Ont. 246/22, par. 102 (8) :

-Ordre de conformité (HP) et PAP de 5 500 \$ en date du 3 novembre 2022 au
cours de l'inspection n° 2022- 1419-0001.

-Avis écrit émis le 24 novembre 2023 au cours de l'inspection n° 2023-1419-0003.

Il s'agit de la deuxième PAP imposée au titulaire de permis pour défaut de se
conformer à cette exigence.

La facture contenant les renseignements sur le paiement sera envoyée séparément
après la signification de l'avis.

Les titulaires de permis ne doivent pas payer de PAP à même une enveloppe de
financement pour les soins aux personnes résidentes provenant du Ministère [c.-à-d.
Soins infirmiers et personnels (SIP), Services des programmes et de soutien (SPS) et
Aliments crus (AC)]. En versant un paiement au ministre des Finances, le titulaire de
permis atteste que les fonds ne sont pas puisés à même une enveloppe de
financement au titre des soins aux personnes résidentes pour payer la PAP.

ORDRE DE CONFORMITÉ N° 013 Programme de soins

Cas de non-conformité n° 037 Ordre de conformité aux termes de la LRSLD 2021,
disposition 154 (1) 2.

Cas de non-conformité à : la LRSLD 2021, alinéa 6 (1) c)

Programme de soins

par. 6 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que
soit adopté, pour chaque résident, un programme de soins écrit qui établit ce qui
suit :

c) des directives claires à l'égard du personnel et des autres personnes qui

**Ministère des Soins de longue
durée**

Division des opérations relatives aux
soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers
fournissent des soins directs au résident;

District du Centre-Est

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

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

Plus précisément, le titulaire de permis doit :

1) Désigner une personne responsable de s'assurer que le programme de soins des personnes résidentes n^{os} 010, 011 et 025 fournit des directives claires dans les domaines suivants :

- a) Besoins en soins de continence et mobilité de la personne résidente n^o 010.
- b) Appareil d'allègement de la pression de la personne résidente n^o 011.

**Ministère des Soins de longue
durée**

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

District du Centre-Est

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

c) Crèmes thérapeutiques médicamenteuses pour la personne résidente n° 025.

Motifs

1) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins de la personne résidente n° 025 fournisse des directives claires au personnel qui prodiguait des soins directs à la personne résidente en ce qui concerne l'administration de crèmes thérapeutiques médicamenteuses.

Justification et résumé

Plusieurs traitements médicamenteux ont été observés à différents endroits dans la chambre de la personne résidente. Selon les ordonnances du médecin de la personne, celle-ci avait une ordonnance de s'administrer elle-même l'un des traitements médicamenteux. Selon les e-MAR et e-TAR, le personnel devait appliquer les traitements médicamenteux.

Le résident, deux PSSP et une personne IAA ont indiqué que la personne résidente s'était administré les produits médicamenteux trouvés dans sa chambre. La personne GAH n° 131 a indiqué, selon les attentes du foyer, que le programme de soins de chaque résident doit fournir des directives claires à tout le personnel qui lui prodigue des soins directs.

En ne s'assurant pas que le programme de soins de la personne résidente fournissait des directives claires au personnel qui prodiguait des soins directs à la personne en ce qui concerne l'administration de traitements médicamenteux, la personne résidente a été exposée à un risque de voir sa peau et certaines régions soumises à une décompensation de l'intégrité épidermique altérée parce qu'elle n'avait pas reçu les traitements médicamenteux prescrits.

**Ministère des Soins de longue
durée**

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

District du Centre-Est

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

Sources : Observations, ordonnances du médecin d'une personne résidente,
programme de soins écrit, dossier médical électronique, e-MAR et e-TAR,
entrevues avec la personne résidente et le personnel. [672]

**Ministère des Soins de longue
durée**

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

District du Centre-Est

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

2) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins de la personne résidente n° 010 fournisse des directives claires au personnel et aux autres personnes qui prodiguaient des soins directs à la personne résidente en ce qui concerne les soins de continence et ses besoins en matière de mobilité.

Justification et résumé

La personne résidente a subi une blessure et les entrevues avec le personnel ont confirmé que les besoins en soins de la personne ont changé en ce qui concerne les soins de continence et ses besoins en matière de mobilité. Selon le programme de soins écrit de la personne résidente, le personnel doit exécuter une intervention particulière en matière de soins de continence et de mobilité qui ne s'appliquait plus à la personne résidente.

La personne GAH n° 131 indique que, selon les attentes du foyer, le programme de soins de chaque personne résidente doit fournir des directives claires à tous les fournisseurs de soins directs.

En ne s'assurant pas que le programme de soins de la personne résidente fournisse des directives claires au personnel et aux autres fournisseurs de soins directs relativement aux soins de continence et à ses besoins en matière de mobilité, la personne résidente a été exposée au risque que ses besoins ne soient pas comblés, comme il se doit.

Sources : Observations, kardex et programme de soins écrit d'une personne résidente et entrevues avec le personnel. [672]

3) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les traitements et les évaluations

**Ministère des Soins de longue
durée**

Division des opérations relatives aux
soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers

des signes d'altération de l'intégrité épidermique d'un résident aient fourni des directives claires au personnel infirmier autorisé qui prodiguait des soins de la peau et des plaies.

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : (844) 231-5702

Justification et résumé

Ministère des Soins de longue**durée**

Division des opérations relatives aux
soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : (844) 231-5702

Une plainte a été soumise à la directrice ou au directeur concernant des allégations selon lesquelles les lésions cutanées d'une personne résidente n'ont pas été gérées adéquatement.

La peau de la personne résidente était fragile et elle avait subi plusieurs lésions cutanées. Deux des lésions cutanées ont été infectées et ont dû être traitées avec un traitement antibiotique. Selon la politique concernant les lésions cutanées, le personnel infirmier autorisé doit consigner la lésion cutanée dans l'e-TAR de la personne résidente et remplir une note évolutive hebdomadaire dans la note portant sur la peau et la plaie dans l'application PCC. Le personnel infirmier autorisé a indiqué qu'il devait effectuer une évaluation initiale lorsqu'une lésion cutanée apparaissait et qu'il continuerait de surveiller la peau et de documenter quotidiennement l'information dans l'e-TAR de la personne résidente, et ce, pendant 21 jours. L'examen des dossiers indique que le personnel infirmier autorisé n'inscrivait pas toujours la lésion cutanée dans l'e-TAR de la personne résidente conformément aux directives de la politique. Le personnel infirmier autorisé n'a pas été invité à remplir les notes hebdomadaires sur la peau et les plaies dans l'application PCC. La personne GAH n° 168 a reconnu que les directives figurant dans l'e-TAR de la personne résidente ne présentaient pas toujours de données claires et que le personnel infirmier autorisé n'était pas invité à remplir la note hebdomadaire sur la peau et la plaie. La personne GAH n° 168 a également confirmé que certaines lésions cutanées n'avaient pas été saisies dans l'e-TAR de la personne résidente aux fins de surveillance et de suivi par le personnel.

Les lésions cutanées de la personne résidente présentaient un risque de détérioration lorsque des directives claires sur la façon de traiter et de surveiller les lacunes cutanées de la personne résidente pour détecter une infection n'étaient pas documentées.

Ministère des Soins de longue

durée

Division des opérations relatives aux
soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : (844) 231-5702

Sources : Dossiers médicaux d'une personne résidente, y compris les notes évolutives, e-TAR, le programme de soins écrit, la politique de gestion des soins de la peau et des plaies et les entrevues avec le personnel. [601]

Ministère des Soins de longue**durée**

Division des opérations relatives aux
soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : (844) 231-5702

4) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins de la personne résidente n° 011 présente au personnel des directives claires concernant la mise en œuvre d'une intervention sur les soins de la peau et des plaies.

Justification et résumé

Le conjoint de la personne résidente a communiqué avec l'inspectrice n° 672 pour signaler que l'on n'avait pas mis en place des mesures d'intervention sur les soins de la peau et des plaies de la personne résidente. Une personne préposée aux services de soutien à la personne a été informée de l'intervention sur les soins de la peau et des plaies, mais elle n'a pas appliqué le traitement correctement. La personne préposée aux services de soutien à la personne a indiqué que la personne résidente avait besoin des mesures d'intervention des soins de la peau et des plaies en raison de problèmes de pression et d'intégrité épidermique qui avaient été prescrites il y a longtemps. La personne préposée aux services de soutien à la personne a également indiqué qu'on s'attendait à ce que le personnel examine le programme de soins écrit de chaque personne résidente pour s'assurer de bien connaître les exigences en matière de soins à prodiguer à la personne résidente.

Le programme de soins de la personne résidente ne comprenait pas tous les détails sur la façon d'appliquer correctement le traitement des soins de la peau et les mesures de prévention des plaies. La personne GAH n° 131 a indiqué, selon les attentes du foyer, que le programme de soins de chaque personne résidente doit fournir des directives claires à tout le personnel qui lui prodigue des soins directs.

En ne s'assurant pas que le programme de soins de la personne résidente fournit des directives claires au personnel sur la mise en œuvre de mesures d'intervention particulières sur les soins de la peau et des plaies, la personne résidente a été

**Ministère des Soins de longue
durée**

Division des opérations relatives aux
soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers
exposée au risque de subir des lésions cutanées.

District du Centre-Est

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

Sources : Observations et entrevues avec le conjoint de la personne résidente et le personnel. [672]

Cet ordre doit être respecté d'ici le 30 juin 2024.

Une pénalité administrative pécuniaire (PAP) est imposée relativement à cet ordre de conformité PAP n° 006

AVIS DE PÉNALITÉ ADMINISTRATIVE PÉCUNIAIRE (PAP)

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la LRSLD 2021

Avis de pénalité administrative pécuniaire PAP n° 006

Relativement à l'ordre de conformité n° 013

Conformément à l'article 158 de la LRSLD 2021, le titulaire de permis est tenu de payer une pénalité administrative de 1 100 \$, qui sera payée dans les 30 jours suivant la date de la facture.

Conformément aux par. 349 (6) et (7) du Règl. de l'Ont. 246/22, cette pénalité administrative est imposée, car le titulaire de permis ne s'est pas conformé à une exigence, d'où l'imposition d'un ordre en vertu de l'art. 155 de la Loi et, pendant les trois années précédant immédiatement la date de l'ordre rendu en vertu de l'art. 155, le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la même exigence.

Antécédents en matière de conformité :

Cas antérieur de non-conformité en vertu de la LRSLD 2021, alinéa 6 (1)c), d'où :
-Un ordre de conformité (HP) émis le 3 novembre 2022, n° 2022-1419-0001,

**Ministère des Soins de longue
durée**

Division des opérations relatives aux
soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers

Cas antérieur de non-conformité en vertu de la LFSLD de 2007, alinéa. 6 (1)c), d'où :

-Un PRV émis le 10 février 2022 n° 2021_885601_0023.

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : (844) 231-5702

Ministère des Soins de longue**durée**

Division des opérations relatives aux
soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : (844) 231-5702

Il s'agit de la première PAP imposée au titulaire de permis pour défaut de se conformer à cette exigence.

La facture contenant les renseignements sur le paiement sera envoyée séparément après la signification de l'avis.

Les titulaires de permis ne doivent pas payer de PAP à même une enveloppe de financement pour les soins aux personnes résidentes provenant du Ministère [c.-à-d. Soins infirmiers et personnels (SIP), Services des programmes et de soutien (SPS) et Aliments crus (AC)]. En versant un paiement au ministre des Finances, le titulaire de permis atteste que les fonds ne sont pas puisés à même une enveloppe de financement au titre des soins aux personnes résidentes pour régler la PAP.

**ORDRE DE CONFORMITÉ N° 014 Système de communication
bilatérale**

Cas de non-conformité n° 038 Ordre de conformité aux termes de la LRSLD 2021, disposition 154 (1) 2.

Cas de non-conformité au : Règl. de l'Ont. 246/22, disposition 20 a)

Système de communication bilatérale

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

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

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

Plus précisément, le titulaire de permis doit :

**Ministère des Soins de longue
durée**

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

District du Centre-Est

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

1) Dans les deux semaines suivant la réception de cet ordre de conformité, effectuer des vérifications quotidiennes pendant une période de quatre semaines pour s'assurer que les personnes résidentes n^{os} 047, 048, 049, 050, 051, 052, 053, 057, 059, 061, 062, 063, 065, 068, 070, 076, 082 et 083 ont la sonnette

**Ministère des Soins de longue
durée**

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

District du Centre-Est

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

d'appel à portée de main.

2) Conserver un dossier documenté des vérifications effectuées, du nom de la personne qui a effectué la vérification, des constats de non-conformité et des mesures correctives prises pour rectifier les cas de non-conformité. Conserver un dossier documenté des vérifications effectuées et mettre sans tarder l'information à la disposition des inspectrices, et ce, sur demande.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que plusieurs personnes résidentes disposent d'un système de communication toujours accessible.

Justification et résumé

Lors de l'inspection, une plainte a été reçue d'un membre de la famille concernant le fait que la sonnette d'appel d'une personne résidente n'ait pas été à portée de main. L'inspectrice a observé le système de communication interne du foyer pendant les visites de l'AHR. On a constaté que plusieurs personnes résidentes n'avaient pas accès à leur sonnette d'appel. Les sonnettes d'appel étaient situées hors de portée de plusieurs personnes résidentes et on a constaté qu'elles se trouvaient dans le tiroir du haut de la table de chevet, coincées sous les oreillers, laissées au sol et/ou derrière les lits.

Les personnes résidentes n^{os} 048, 049 et 051 ont indiqué que la sonnette d'appel était parfois hors de leur portée, de sorte qu'ils devaient crier dans le couloir chaque fois qu'ils voyaient ou entendaient quelqu'un passer lorsqu'ils avaient besoin d'aide. Les personnes résidentes n^{os} 047, 052 et 053 ont indiqué qu'elles ne savaient pas comment obtenir l'attention du personnel en cas de besoin. La personne résidente

**Ministère des Soins de longue
durée**

Division des opérations relatives aux
soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : (844) 231-5702

n° 050 a indiqué qu'elle attendait simplement le retour du personnel dans sa chambre pour demander de l'aide. Le personnel PSSP et IAA, la personne gestionnaire de la qualité et la DDS ou le DDS ont indiqué que l'on s'attendait à ce que le personnel du foyer s'assure toujours que les sonnettes d'appel sont à portée de main pour que les personnes résidentes puissent les utiliser au besoin.

**Ministère des Soins de longue
durée**

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

District du Centre-Est

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

En ne s'assurant pas que les personnes résidentes avaient accès au système de communication du personnel en tout temps, elles risquaient que l'on ne réponde pas à leurs besoins personnels ou de subir une blessure en tentant d'accomplir elles-mêmes une tâche pour laquelle elles avaient besoin de l'aide du personnel.

Sources : Plusieurs observations, des programmes de soins écrits de plusieurs personnes résidentes; entrevues avec les personnes résidentes et le personnel.
[672]

Cet ordre doit être respecté d'ici le 30 juin 2024.

**ORDRE DE CONFORMITÉ N° 015 Services infirmiers et services de
soutien personnel**

Cas de non-conformité n° 039 Ordre de conformité aux termes de la LRSLD 2021, disposition 154 (1) 2.

Cas de non-conformité au : Règl. de l'Ont. 246/22, alinéa 35 (3) a)

Services infirmiers et services de soutien personnel

art. 35 (3) Le plan de dotation en personnel doit :

a) prévoir une dotation en personnel variée qui est compatible avec les besoins évalués des résidents en matière de soins et de sécurité et qui satisfait aux exigences de la Loi et du présent règlement;

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

Plus précisément, le titulaire de permis doit :

**Ministère des Soins de longue
durée**

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

District du Centre-Est

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

- 1) Élaborer un processus écrit qui comprend ce qui suit :

Ministère des Soins de longue**durée**

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

District du Centre-Est

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

- a) Désigner une personne IA qui travaille régulièrement au foyer ou une personne gestionnaire à chaque quart de travail qui sera chargée de déterminer si les besoins des personnes résidentes en matière de sécurité et de soins sont satisfaits en cas de pénurie de personnel.
- b) Donner des directives à l'IA ou à la personne gestionnaire désignée pour obtenir un rapport verbal du personnel infirmier à chaque AHR concernant les problèmes de charge de travail au début et au milieu de chaque quart de travail lorsqu'il y a pénurie de personnel.
- c) Fournir des directives pour déterminer quand le personnel doit être réaffecté à une autre AHR tout au long du quart de travail, afin de répondre aux besoins évalués des personnes résidentes en matière de soins. Le personnel doit collaborer et travailler ensemble jusqu'à ce que toutes les personnes résidentes obtiennent des soins personnels, des traitements des plaies et leurs médicaments, et ce, en temps opportun.
- d) Documenter une brève description du plan d'urgence mis en œuvre à chaque quart de travail lorsqu'il y a pénurie de personnel ou lorsque les besoins en soins des personnes résidentes n'ont pas été comblés.
- 2) Fournir immédiatement aux inspectrices le processus écrit et la documentation des plans d'urgence, et ce, sur demande.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la composition du personnel corresponde aux besoins évalués en matière de soins et de sécurité des personnes résidentes lorsque ces dernières n'ont pas reçu de soins en fonction de leurs

**Ministère des Soins de longue
durée**

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

District du Centre-Est

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

Justification et résumé

Il y a eu plusieurs plaintes selon lesquelles les pénuries de personnel ont fait en sorte que les personnes résidentes n'ont pas reçu les bains prévus, les soins de continence, l'aide de deux membres du personnel pour les transferts, les mesures de prévention des chutes et le changement de position selon leurs besoins évalués. Le personnel infirmier autorisé, les PSSP et les membres de la famille ont déclaré qu'ils craignaient que les personnes résidentes ne reçoivent pas les soins appropriés et qu'il y avait des retards dans l'administration des soins personnels, des médicaments et des traitements en raison du peu de temps et de personnel pour fournir les soins aux personnes résidentes.

Des cas de non-conformité ont été relevés dans le présent rapport concernant les pénuries de personnel :

-LRSLD 2021, par. 6 (7) concernant les soins des plaies pour une personne résidente qui n'ont pas été fournis, comme prévu.

-LRSLD 2021, par. 6 (7) concernant les soins d'une personne résidente qui n'ont pas été fournis, tel que le précise le plan.

-LRSLD 2021, par. 6 (7) concernant le suivi d'une personne résidente qui n'a pas été fourni, tel que le précise le plan.

Règl. de l'Ont. 246/22, par. 40 concernant un résident qui n'a pas été transféré en toute sécurité.

Règl. de l'Ont. 246/22, par. 37 (1) concernant une personne résidente qui ne reçoit pas au moins deux bains par semaine, selon la méthode de son choix.

**Ministère des Soins de longue
durée**

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

District du Centre-Est

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

Règl. de l'Ont. 246/22, par. 140 (2) concernant une personne résidente qui ne reçoit pas de médicaments, tel qu'il est prescrit.

Règl. de l'Ont. 246/22, sous-alinéa 93 (2) b) (ii) concernant les procédures de nettoyage et de désinfection de l'équipement de soins aux personnes résidentes.

**Ministère des Soins de longue
durée**

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

District du Centre-Est

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

-Règl. de l'Ont. 246/22, alinéa 102 (9) a) concernant le fait que le personnel infirmier autorisé n'effectue pas et ne documente pas l'évaluation des résidents présentant des symptômes d'infection.

La DDS ou le DDS a reconnu que le calendrier de dotation a changé quotidiennement et qu'il y a eu des quarts de travail lorsque les niveaux de dotation étaient inférieurs à l'effectif. La DDS ou le DDS a indiqué que les tentatives de recrutement de personnel étaient constantes et qu'en mars 2024, des postes n'étaient pas pourvus conformément au plan de dotation. Selon la DDS ou le DDS, plusieurs membres du personnel des agences travaillent au foyer et des efforts ont été déployés pour assurer la continuité des soins aux personnes résidentes.

Le titulaire de permis n'a pas été en mesure de recruter et de maintenir en poste du personnel conformément au plan de dotation du titulaire de permis et il y avait un risque de préjudice lorsque les besoins évalués en matière de soins de plusieurs personnes résidentes selon le plan de dotation n'ont pas été satisfaits en raison d'une pénurie de personnel.

Sources : Dossiers médicaux de plusieurs personnes résidentes, programme directeur, aide-mémoire quotidien sur la dotation, plan de dotation pour 2024, évaluation du plan de dotation et entrevues avec le personnel. [601]

Cet ordre doit être respecté d'ici le 30 juin 2024.

**ORDRE DE CONFORMITÉ N° 016 Programme de prévention et de
contrôle des infections**

**Ministère des Soins de longue
durée**

Division des opérations relatives aux
soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : (844) 231-5702

Cas de non-conformité n° 040 Ordre de conformité aux termes de la LRSLD 2021, disposition 154 (1) 2.

Cas de non-conformité au : Règl. de l'Ont. 246/22, alinéa 102 (9) a)

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 ordonne au titulaire de permis de respecter un ordre de
conformité [LRSLD 2021, alinéa 155 (1) a)] :**

Plus précisément, le titulaire de permis doit :

- 1) Désigner une personne responsable de la gestion qui sera chargée quotidiennement d'examiner les dossiers de santé des personnes résidentes qui reçoivent une antibiothérapie pour s'assurer que les symptômes d'infection sont surveillés et consignés à chaque quart de travail.
- 2) Informer la personne responsable ou les personnes responsables des attentes selon lesquelles, à chaque quart de travail, les symptômes d'infection sont surveillés et consignés. Conserver un dossier documenté de la formation offerte et une liste des membres du personnel qui l'ont suivie. Présenter sans tarder l'information aux inspectrices, et ce, sur demande.
- 3) Dans les deux semaines suivant la réception de cet ordre de conformité, la personne responsable de la PCI ou la personne gestionnaire de la PCI doivent effectuer des vérifications quotidiennes pendant une période de quatre semaines pour s'assurer que les symptômes d'infection sont surveillés et consignés à chaque quart de travail. Conserver un dossier documenté des vérifications effectuées et

**Ministère des Soins de longue
durée**

Division des opérations relatives aux
soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers

soumettre sans tarder l'information aux inspectrices, et ce, sur demande.

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : (844) 231-5702

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, à chaque quart de travail, les symptômes indiquant la présence d'une infection chez les personnes résidentes soient surveillés conformément aux normes ou protocoles que délivre le directeur en vertu du paragraphe (2).

Justification et résumé

**Ministère des Soins de longue
durée**

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

District du Centre-Est

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

L'inspectrice a examiné les listes internes de cas d'infection et a choisi au hasard le nom de quatre personnes résidentes dans la liste. L'inspectrice a ensuite examiné le dossier de santé électronique de la personne et les notes évolutives de la période pendant laquelle la personne résidente avait une infection active.

On a constaté que la personne résidente n° 008 avait deux infections différentes, et qu'elle avait reçu un traitement antibiotique.

On a constaté que la personne résidente n° 044 était atteinte d'une infection et qu'elle avait reçu un traitement antibiotique pendant une semaine. La personne résidente a continué d'être symptomatique et on a donc répété le traitement antibiotique pendant une autre semaine.

On a constaté que la personne résidente n° 045 était atteinte d'une infection et qu'elle avait reçu un traitement antibiotique pendant une semaine. La personne résidente a continué d'être symptomatique et on a donc répété le traitement antibiotique pendant une autre semaine.

On a constaté que la personne résidente n° 046 avait eu trois infections sur une période prolongée et qu'elle avait reçu des traitements antibiotiques pour deux des infections et des précautions d'isolement ont été appliquées pour l'autre infection.

Les notes évolutives des personnes résidentes et le dossier de santé électronique pendant les périodes d'infection n'indiquaient pas, à chaque quart de travail, que les symptômes des infections étaient surveillés et consignés pour les quatre personnes résidentes.

Les IPA, la personne gestionnaire de la PCI et la personne responsable de la PCI ont indiqué que l'on s'attendait à ce que le personnel du foyer surveille et documente

**Ministère des Soins de longue
durée**Division des opérations relatives aux
soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers

District du Centre-Est33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : (844) 231-5702

l'évaluation de chaque personne qui a reçu une antibiothérapie d'un quart de travail à l'autre lorsque la personne résidente était malade suite à une infection. Les IAA ont également indiqué que le personnel n'aurait parfois pas le temps d'effectuer des évaluations complètes à chaque quart de travail de chaque personne résidente ayant reçu un traitement antibiotique propre à leur infection actuelle, en raison de priorités conflictuelles, d'un manque fréquent de personnel et de devoir s'occuper du double de personnes résidentes par rapport au nombre qui leur est habituellement attribué.

En ne s'assurant pas, à chaque quart de travail, que les symptômes d'infections étaient surveillés et consignés, les personnes résidentes étaient exposées à un risque de détérioration physique et d'aggravation possible de leurs infections.

Sources : Listes internes des cas d'infection, programmes de soins écrits de quatre personnes résidentes, ordonnances du médecin, e-MAR, e-TAR et notes évolutives, et entrevues avec le personnel. [672]

Cet ordre doit être respecté d'ici le 13 août 2024.

Une pénalité administrative pécuniaire (PAP) est imposée relativement à cet ordre de conformité PAP n° 007

AVIS DE PÉNALITÉ ADMINISTRATIVE PÉCUNIAIRE (PAP)

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la LRSLD 2021

Avis de pénalité administrative pécuniaire PAP n° 007

Relativement à l'ordre de conformité n° 016

Conformément à l'article 158 de la LRSLD 2021, le titulaire de permis est tenu de

Ministère des Soins de longue**durée**

Division des opérations relatives aux
soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : (844) 231-5702

payer une pénalité administrative de 5 500,00 \$, qui sera payée dans les
30 jours suivant la date de la facture.

Conformément aux par. 349 (6) et (7) du Règl. de l'Ont. 246/22, cette pénalité
administrative est imposée, car le titulaire de permis ne s'est pas conformé à une
exigence, d'où l'imposition d'un ordre en vertu de l'art. 155 de la Loi et, pendant les
trois années précédant immédiatement la date de l'ordre rendu en vertu de
l'article 155, le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la même exigence.

Antécédents en matière de conformité :

Cas précédents de non-conformité au Règl. 79/10, alinéa 229 (5) a) :

-Avis écrit émis le 27 juillet 2021 n° 2021_885601_0024.

Cas précédents de non-conformité au Règlement de l'Ontario 246/22, alinéa 102 (9)
a) :

-Avis écrit émis le 24 novembre 2023, n° 2023-1419-0003.

-Ordre de conformité émis le 3 novembre 2022, n° 2022-1419-0001.

Il s'agit de la première PAP imposée au titulaire de permis pour défaut de se
conformer à cette exigence.

La facture contenant les renseignements sur le paiement sera envoyée séparément
après la signification de l'avis.

Les titulaires de permis ne doivent pas payer de PAP à même une enveloppe de
financement pour les soins aux personnes résidentes provenant du Ministère [c.-à-d.
Soins infirmiers et personnels (SIP), Services des programmes et de soutien (SPS) et
Aliments crus (AC)]. En versant un paiement au ministre des Finances, le titulaire de
permis atteste que les fonds ne sont pas puisés à même une enveloppe de
financement au titre des soins aux personnes résidentes pour régler la PAP.

**Ministère des Soins de longue
durée**

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

District du Centre-Est

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

ORDRE DE CONFORMITÉ N^o 017 Administration des médicaments

Cas de non-conformité n^o 041 Ordre de conformité conformément à la LRSLD 2021,
disposition 154 (1) 2.

Cas de non-conformité au : Règl. de l'Ont. 246/22, par. 140 (2)

Administration des médicaments

par. 140 (2) Le titulaire de permis veille à ce que les médicaments soient administrés
aux résidents conformément au mode d'emploi précisé par le prescripteur. Règl. de
l'Ont. 246/22, par. 140 (2)

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

Plus précisément, le titulaire de permis doit :

1) Élaborer et mettre en œuvre un processus écrit pour indiquer au personnel
quand, qui et comment traiter une commande, y compris les premières et
deuxièmes vérifications et les commandes en dehors des heures normales de
travail. Inclure des instructions de rechange lorsque l'unité manque de personnel.
Veiller à ce que ce processus prévoie les commandes non liées aux médicaments,
comme les renvois et les tests de laboratoire.

2) Élaborer et mettre en œuvre un processus écrit de vérification pour s'assurer
que les commandes ne sont pas omises aux fins de traitement en raison du fait
que les dossiers n'ont pas été signalés ou qu'ils ont été remis dans le présentoir
de dossiers et que le système DigiPen n'a pas été connecté ou que les feuilles
de commande n'ont pas été étiquetées avec les noms des personnes
résidentes.

**Ministère des Soins de longue
durée**

Division des opérations relatives aux
soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : (844) 231-5702

3) Élaborer et mettre en œuvre un plan d'urgence pour déterminer quel membre du personnel infirmier autorisé aidera à distribuer les médicaments si le membre du personnel infirmier autorisé déjà affecté à une AHR n'est pas en mesure d'administrer tous les médicaments et les traitements en temps opportun, surtout en cas de manque de personnel.

4) Informer tout le personnel infirmier autorisé, y compris le personnel des agences et les gestionnaires des aires d'habitation des processus élaborés aux parties 1 et 2 et du plan d'urgence à la partie 3.

5) Tenir des dossiers, y compris le nom de la personne qui donne la formation et le contenu de la formation, les dates, les noms et la signature du personnel formé.

6) L'IA effectuera des vérifications trois fois par semaine pendant deux semaines selon le programme de la personne résidente n° 014 pour s'assurer que les commandes sont traitées.

7) Tenir un dossier documenté de chaque vérification, y compris le nom de la personne résidente, les vérificateurs, les dates et lieux d'exécution de la vérification (aire d'habitation) et toute mesure corrective prise. Indiquer toute erreur, omission ou correction, le nom du personnel qui en est responsable et toute formation supplémentaire donnée à ce membre du personnel.

8) Mettre immédiatement les documents de vérification, de formation et le plan d'urgence à la disposition des inspectrices, et ce, sur demande.

Motifs

1) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une crème médicamenteuse soit appliquée à une personne résidente, comme il est prescrit.

**Ministère des Soins de longue
durée**

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

District du Centre-Est

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

Justification et résumé

Un cas d'incident grave a été signalé à la directrice ou au directeur.

Les dossiers cliniques d'une personne résidente indiquaient qu'un médicament n'avait pas été administré au résident à un certain nombre de reprises. Le personnel infirmier autorisé a consigné que cette situation était attribuable à un manque de personnel. À d'autres occasions, le personnel infirmier autorisé n'a pas signé l'e-MAR de la personne résidente pour indiquer que le médicament avait été administré.

La personne GAH n° 131 a reconnu que le médicament n'avait pas été administré comme il est prescrit. En omettant d'administrer un médicament prescrit, le titulaire de permis a fait en sorte que la personne résidente n° 016 risquait de subir une douleur incontrôlée.

Sources : Un incident grave, les dossiers médicaux d'une personne résidente et une entrevue avec GAH n° 131. [571]

2) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le médicament ait été administré à la personne résidente n° 014, comme il est prescrit.

Justification et résumé

Un incident grave et une plainte ont été signalés à la directrice ou au directeur, alléguant qu'il s'agissait de mauvais traitements physiques entre personnes résidentes.

Un médecin a prescrit un changement de médicament à une personne résidente. Le changement de médicament n'a pas été traité et l'erreur a été relevée environ un mois plus tard. La personne GAH n° 108 reconnaît que l'erreur s'est bel et bien

**Ministère des Soins de longue
durée**

Division des opérations relatives aux
soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers
produite.

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : (844) 231-5702

En omettant de s'assurer que l'ordonnance de médicament a été traitée, le titulaire de permis exposait la personne résidente à un risque d'obtenir un résultat négatif.

Sources : Un incident grave, les dossiers médicaux d'une personne résidente et une entrevue avec GAH n° 108. [571]

Cet ordre doit être respecté d'ici le 13 août 2024.

**Ministère des Soins de longue
durée**

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

District du Centre-Est

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

**Une pénalité administrative pécuniaire (PAP) est imposée relativement à cet
ordre de conformité PAP n° 008**

AVIS DE PÉNALITÉ ADMINISTRATIVE PÉCUNIAIRE (PAP)

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la LRSLD 2021

Avis de pénalité administrative pécuniaire PAP n° 008**Relativement à l'ordre de conformité n° 017**

Conformément à l'article 158 de la LRSLD 2021, le titulaire de permis est tenu de payer une pénalité administrative de 5 500,00 \$, qui sera payée dans les 30 jours suivant la date de la facture.

Conformément aux par. 349 (6) et (7) du Règl. de l'Ont. 246/22, cette pénalité administrative est imposée, car le titulaire de permis ne s'est pas conformé à une exigence, d'où l'imposition d'un ordre en vertu de l'art. 155 de la Loi et, pendant les trois années précédant immédiatement la date de l'ordre rendu en vertu de l'art. 155, le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la même exigence.

Antécédents en matière de conformité :

Cas précédents de non-conformité au Règlement de l'Ontario 246/22, par. 140 (2) prévus :

- Avis écrit émis le 24 novembre 2023 au cours de l'inspection n° 2023-1419-0003.
- Ordre de conformité (HP) émis le 3 novembre 2022 dans le cadre de l'inspection n° 2022-1419-0001.

Il s'agit de la première PAP imposée au titulaire de permis pour défaut de se conformer à cette exigence.

**Ministère des Soins de longue
durée**

Division des opérations relatives aux
soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers

La facture contenant les renseignements sur le paiement sera envoyée séparément
après la signification de l'avis.

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : (844) 231-5702

Ministère des Soins de longue**durée**

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

District du Centre-Est

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

Les titulaires de permis ne doivent pas payer de PAP à même une enveloppe de financement pour les soins aux personnes résidentes provenant du Ministère [c.-à-d. Soins infirmiers et personnels (SIP), Services des programmes et de soutien (SPS) et Aliments crus (AC)]. En versant un paiement au ministre des Finances, le titulaire de permis atteste que les fonds ne sont pas puisés à même une enveloppe de financement au titre des soins aux personnes résidentes pour régler la PAP.

AVIS DE FRAIS DE RÉINSPECTION En vertu de l'article 348 du Règlement de l'Ontario 246/22 de la LRSLD 2021, le titulaire de permis est assujéti à des frais de réinspection de 500,00 \$ qui seront réglés dans les 30 jours suivant la date de la facture.

Des frais de réinspection s'appliquent puisqu'il s'agit, à tout le moins, de la deuxième inspection de suivi pour déterminer la conformité à l'ordre de conformité suivant en vertu de l'art. 155 de la LRSLD 2021, et/ou du par. 153 de la LFSLD 2007.

Suivi no 3 – OC n° 004 / 2022-1419-0001, Règl. de l'Ont. 246/22, alinéa 102 (9) a), PCI, DEC 30 janvier 2023, Frais de réinspection 500 \$. Suivi n° 3 – OC hautement prioritaire n° 009 / 2022-1419-0001,

LRSLD 2021, par. 24 (1), Obligation de protéger, DEC 30 janvier 2023, Frais de réinspection 500 \$.

Les titulaires de permis ne doivent pas payer les frais de réinspection à même une enveloppe de financement pour les soins aux personnes résidentes provenant du Ministère [c.-à-d. Soins infirmiers et personnels (SIP), Services des programmes et de soutien (SPS) et Aliments crus (AC)]. En versant un paiement au ministre des Finances, le titulaire de permis atteste que les fonds ne sont pas puisés à même une enveloppe de financement au titre des soins aux personnes résidentes pour régler les frais liés à la réinspection.

Ministère des Soins de longue**durée**

Division des opérations relatives aux
soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : (844) 231-5702

RENSEIGNEMENTS SUR LE RÉEXAMEN/L'APPEL

PRENEZ AVIS Le titulaire de permis a le droit de faire une demande de réexamen par la directrice ou le directeur de cet ordre ou de ces ordres ou de l'avis de pénalité administrative (APA) conformément à l'article 169 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (Loi). Le titulaire de permis peut demander à la directrice ou au directeur de suspendre cet ordre ou ces ordres en attendant la révision. Si le titulaire de permis demande le réexamen d'un avis de pénalité administrative, l'exigence de paiement est suspendue jusqu'à ce qu'il soit statué sur le réexamen.

Remarque : En vertu de la Loi, les frais de réinspection ne peuvent faire l'objet d'un réexamen par la directrice ou le directeur ou d'un appel devant la Commission d'appel et de révision des services de santé (CARSS). La demande de réexamen par la directrice ou le directeur doit être présentée par écrit. Elle est signifiée à la directrice ou au directeur dans les 28 jours qui suivent la signification de l'ordre ou de l'avis de pénalité administrative au titulaire de permis.

La demande de réexamen présentée par écrit doit inclure :

- (a) les parties de l'ordre ou de l'avis de pénalité administrative qui font l'objet de la demande de réexamen;
- (b) les observations que le titulaire de permis souhaite que le directeur examine;
- (c) l'adresse du titulaire de permis aux fins de signification.

La demande de réexamen présentée par écrit doit être signifiée en personne, par courrier recommandé, par courriel ou par messagerie commerciale, au :

Directeur

a/s de la coordonnatrice ou du coordonnateur des appels

**Ministère des Soins de longue
durée**

Division des opérations relatives aux
soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : (844) 231-5702

Si la signification est faite :

(a) par courrier recommandé, elle est réputée être faite le cinquième jour qui suit le
jour de l'envoi;

(b) par courriel, elle est réputée être faite le lendemain, si le document a été signifié

Ministère des Soins de longue**durée**

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

District du Centre-Est

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

après 16 heures;

(c) par messagerie commerciale, elle est réputée être faite le deuxième jour ouvrable après le jour où la messagerie commerciale reçoit le document.

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 réexamen présentée par le titulaire de permis, le ou les présents ordres et le présent avis de pénalité administrative sont réputés confirmés par le directeur et, aux fins d'un appel interjeté devant la CARSS, le directeur est réputé avoir signifié au titulaire de permis une copie de ladite décision à l'expiration du délai de 28 jours.

Conformément à l'article 170 de la Loi, le titulaire de permis a le droit d'interjeter appel de ce qui suit devant la CARSS :

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

La CARSS est un tribunal indépendant qui n'a pas de lien avec le ministère. Elle est établie par la loi pour examiner les questions relatives aux services de santé. Si le titulaire de permis décide de faire une demande d'appel, il doit présenter par écrit un avis d'appel dans les 28 jours suivant la date à laquelle on lui a signifié une copie de l'ordre, de l'avis de pénalité administrative ou de la décision du directeur faisant l'objet de son 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

**Ministère des Soins de longue
durée**

Division des opérations relatives aux
soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers

À l'attention du registrateur

151, rue Bloor Ouest, 9^e étage,

Toronto (Ontario) M5S 1S4

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : (844) 231-5702

**Ministère des Soins de longue
durée**

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

District du Centre-Est

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

Directrice ou directeur

a/s de la coordonnatrice ou 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 fournira des instructions relatives au processus d'appel et d'audience. Le titulaire de permis peut en savoir davantage sur la CARSS en visitant le site Web www.hsarb.on.ca.