

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Rapport public initial

Date d'émission du rapport : 17 mai 2024	
Numéro d'inspection : 2024-1071-0001	
Type d'inspection : Plainte Incident critique Suivi	
Titulaire de permis : Extendicare (Canada) Inc.	
Foyer de soins de longue durée et ville : Extendicare Oshawa, Oshawa	
Inspectrice principale Najat Mahmoud (741773)	Signature numérique de l'inspectrice
Autres inspectrices Chantal Lafreniere (194) Patricia Mata (571) Rita Lajoie (741754)	

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 8 au 12 avril, du 15 au 19 avril et du 22 au 25 avril 2024.

Les inspections concernaient :

- Inspection pour un ordre de conformité aux termes du paragraphe 140 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22 en lien avec l'administration des médicaments, date d'échéance de mise en conformité : 3 novembre 2023, et de l'alinéa 23 (4) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, en lien avec la température, date d'échéance de mise en conformité : 28 février 2024.
- Inspection du rapport d'incident critique (RIC) en lien avec un comportement illégal qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice à une personne résidente.
- Cinq inspections d'incident critique en lien avec la prévention des mauvais traitements et de la négligence.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

- Plainte en lien avec l'entretien ménager et la Charte des droits des personnes résidentes.
- Plainte en lien avec les soins à une personne résidente.
- Plainte en lien avec les soins à une personne résidente, la production alimentaire, la prévention des mauvais traitements et de la négligence et la Charte des droits des personnes résidentes.
- Plainte en lien avec la prévention et le contrôle des infections et la prévention des mauvais traitements et de la négligence.
- Plainte en lien avec la prévention des mauvais traitements et de la négligence et les soins à une personne résidente.

Remarque : Des problèmes de conformité aux termes du paragraphe 24 (1) et de la disposition 2 du paragraphe 28 (1) de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée (LRSLD) (2021)* et du sous-alinéa 138 (1) a) (iii) et du paragraphe 140 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22 ont été relevés dans le cadre de cette inspection et ont fait l'objet d'une inspection concurrente sous le n° 2024-1071-0002.

Ordres de conformité délivrés antérieurement

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

Ordre n° 001 de l'inspection n° 2023-1071-0003 en lien avec le paragraphe 140 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22, inspecté par Najat Mahmoud (741773);

Ordre n° 001 de l'inspection n°2023-1071-0005 en lien avec l'alinéa 23 (4) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, inspecté par Najat Mahmoud (741773)

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

Soins liés à l'incontinence
Prévention et gestion relatives aux soins de la peau et des plaies
Services de soins et de soutien aux personnes résidentes

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Gestion des médicaments
Entretien ménager, buanderie et services d'entretien
Alimentation, nutrition et hydratation
Foyer sûr et sécuritaire
Prévention et contrôle des infections
Prévention des mauvais traitements et de la négligence
Droits et choix des résidents
Rapports et plaintes
Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

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

Non-respect : de l'alinéa 6 (4) b) de la *LRSLD* (2021)

Programme de soins

Paragraphe 6 (4) Le titulaire de permis veille à ce que le personnel et les autres personnes qui participent aux différents aspects des soins du résident collaborent ensemble à ce qui suit :

b) l'élaboration et la mise en oeuvre du programme de soins de sorte que les différents aspects des soins s'intègrent les uns aux autres, soient compatibles les uns avec les autres et se complètent.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel de physiothérapie collabore à la mise en oeuvre du programme de soins de physiothérapie de la personne résidente n° 010.

Justification et résumé

Le titulaire de permis a reçu une plainte. Le mandataire spécial de la personne résidente n° 010 a indiqué qu'elle ne recevait pas de services de physiothérapie.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

En décembre 2023, l'ancien physiothérapeute n° 136 a inscrit que la personne résidente n° 010 devait suivre des séances d'exercice et de rééducation à la marche trois fois par semaine pour éviter une perte de capacités physiques.

La directrice des soins a expliqué que l'enquête a révélé que la personne résidente n'avait pas reçu de services de physiothérapie conformément à son programme de soins depuis environ six semaines. L'assistant en physiothérapie n° 142 n'était plus en mesure d'assurer de manière cohérente les services de physiothérapie à la personne résidente. Il n'a pas informé le physiothérapeute ou l'autre assistant en physiothérapie fournissant des services qu'un changement d'affectation serait bénéfique pour garantir que la personne résidente n° 010 reçoive les services de physiothérapie conformément à son programme de soins. Les capacités physiques de la personne résidente n° 010 se sont détériorées pendant cette période.

Le manque de collaboration du personnel de physiothérapie a compromis les capacités physiques de la personne résidente n° 010.

Sources : Incident critique, dossiers médicaux de la personne résidente n° 010, entretien avec la directrice des soins, examen de l'enquête du titulaire de permis.
[571]

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

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

Non-respect : de la disposition 1 du paragraphe 6 (g) de la *LRSLD* (2021)

Programme de soins

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

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, lorsque la prestation des soins de physiothérapie à la personne résidente n° 010 n'a pas été fournie, des documents aient été fournis pour l'indiquer.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Justification et résumé

Le titulaire de permis a reçu une plainte. Le mandataire spécial de la personne résidente n° 010 a indiqué que cette dernière ne recevait pas de services de physiothérapie.

Un examen des registres des séances quotidiennes de physiothérapie a révélé que sur une période d'environ six semaines, la personne résidente n° 010 n'a reçu que 15 minutes de thérapie à environ 16 reprises.

La directrice des soins a indiqué qu'au cours de son enquête, elle a découvert que la personne résidente n° 010 ne recevait pas de services de physiothérapie et que la documentation attestant qu'elle recevait ces services avait été falsifiée.

En ne s'assurant pas que l'assistant en physiothérapie et le physiothérapeute documentent correctement l'absence de services de physiothérapie conformément au programme de soins de la personne résidente, les capacités physiques de cette dernière ont été compromises.

Sources : Incident critique, dossiers médicaux de la personne résidente n° 010, entretien avec la directrice des soins, examen de l'enquête du titulaire de permis. [571]

AVIS ÉCRIT : Obligation du titulaire de permis d'enquêter, de répondre et d'agir

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

Non-respect : de l'alinéa 27 (1) b) de la *LRSLD* (2021)

Obligation du titulaire de permis d'enquêter, de répondre et d'agir

Paragraphe 27 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

b) les mesures appropriées sont prises en réponse à chaque incident;

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à prendre les mesures appropriées en réponse aux mauvais traitements d'ordre affectif et verbal infligés à une personne résidente de la part du personnel.

Justification et résumé

Un examen des notes d'évolution de la personne résidente n° 005 a révélé qu'une infirmière auxiliaire autorisée (IAA) a été témoin d'un incident de mauvais traitement d'ordre affectif et verbal infligé à une personne résidente par une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP). Cet incident n'a pas été rapporté au directeur, mais a été découvert par l'inspectrice lors de l'inspection d'un incident critique avec une préoccupation connexe.

Selon l'examen du dossier d'enquête du titulaire de permis, la personne résidente avait signalé l'allégation de mauvais traitements d'ordre affectif et verbal à un membre du personnel.

L'incident n'a pas été signalé, n'a pas fait l'objet d'une enquête et n'a été pris en charge que près de sept semaines plus tard, lorsque l'inspectrice l'a porté à l'attention du titulaire du permis.

L'administrateur a reconnu que l'allégation de mauvais traitements d'ordre affectif et verbal aurait dû être signalée immédiatement. La PSSP a continué de fournir des soins à la personne résidente pendant environ sept semaines avant que des mesures ne soient prises. De plus, la PSSP n'a pas suivi de formation de recyclage, comme l'avait demandé le titulaire de permis, concernant les droits des résidents, la politique de tolérance zéro et la question du déséquilibre des pouvoirs après la conclusion de l'enquête par le titulaire de permis.

L'absence de mesures immédiates et de suivi concernant la formation de recyclage de la PSSP n° 114 pourrait exposer d'autres personnes résidentes dont elle s'occupe à des risques de mauvais traitements d'ordre affectif et verbal.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Sources : Incident critique, notes d'enquête interne du foyer de soins de longue durée (SLD), notes d'évolution de la personne résidente n° 005, dossier de formation de la PSSP n° 114, entretiens avec l'administrateur et la PSSP n° 114. [741754]

AVIS ÉCRIT : Présélection

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

Non-respect : du paragraphe 81 (2) de la *LRSLD* (2021)

Présélection

Paragraphe 81 (2) La présélection comprend une vérification de dossier de police, sauf si la personne visée par la présélection est âgée de moins de 18 ans.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le membre du personnel d'entretien ménager n° 135 fournisse une vérification du dossier de police au moment de l'embauche.

Justification et résumé

Le titulaire de permis a présenté un rapport d'incident critique (RIC) au directeur en lien avec un comportement illégal qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice à une personne résidente. Le membre du personnel d'entretien ménager n° 135 a donné un bonbon gélifié au THC à la personne résidente n° 004.

Un examen du dossier personnel du membre du personnel d'entretien ménager n° 135 a révélé qu'une offre d'emploi lui avait été faite. Deux demandes écrites lui avaient été adressées pour fournir une vérification de dossier de police incluant une vérification de l'aptitude à travailler auprès de personnes vulnérables. Cependant, l'examen du dossier a révélé que l'employé n'avait pas fourni cette attestation.

Lors d'un entretien, l'administrateur a confirmé à l'inspectrice n° 194 que le dossier personnel du membre du personnel d'entretien ménager n° 135 ne comportait pas de vérification de dossier de police.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Le fait de ne pas obtenir cette vérification de dossier de police pour le membre du personnel d'entretien ménager n° 135 a accru les risques pour la sécurité des personnes résidentes.

Sources : Entretien avec l'administrateur, examen de l'incident critique, notes d'enquête interne du titulaire de permis, dossier personnel. [741754]

AVIS ÉCRIT : Techniques de transfert et de changement de position

Problème de conformité n° 005 Avis écrit aux termes de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : Article 40 du Règl. de l'Ont. 246/22

Techniques de transfert et de changement de position

Article 40. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les membres du personnel utilisent des appareils ou des techniques de transfert et de changement de position sécuritaires lorsqu'ils aident les résidents.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à l'utilisation de techniques de transfert sécuritaires lorsque la personne résidente n° 011 a été transférée au moyen d'un appareil de levage.

Justification et résumé

Le directeur a reçu une plainte en lien avec la blessure d'une personne résidente lors d'un transfert au moyen d'un appareil de levage.

La PSSP n° 132 et l'IAA n° 124 ont confirmé que la personne résidente s'est blessée parce que le lève-personne avait été abaissé trop bas.

Le non-respect des techniques sécuritaires lors du transfert de la personne résidente n° 011 a entraîné des blessures.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente n° 011, gestion des risques, entretiens avec la PSSP n° 132 et l'IAA n° 124 [741773]

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies

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

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

Soins de la peau et des plaies

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

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 :

(ii) reçoit un traitement et subit des interventions immédiatement pour réduire ou éliminer la douleur, favoriser la guérison et prévenir l'infection, selon ce qui est nécessaire,

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne résidente n° 011 reçoive un traitement et subisse des interventions immédiatement pour réduire ou éliminer la douleur, favoriser la guérison et prévenir l'infection, selon ce qui est nécessaire.

Justification et résumé

Le directeur a reçu une plainte en lien avec une blessure subie par la personne résidente.

Les dossiers cliniques de la personne résidente n° 011 révèlent qu'aucune ordonnance de traitement n'avait été enregistrée dans le registre d'administration des traitements des personnes résidentes jusqu'à 15 jours après sa blessure. De plus, les dossiers cliniques indiquent que l'IAA n° 124 a appliqué un pansement sur la plaie de la personne résidente. L'examen du programme de traitement des plaies et de la peau du titulaire de permis a révélé que le pansement appliqué par l'IAA n° 124 n'était pas adapté à la blessure évaluée.

L'IAA n° 125 ayant suivi le programme « Skin Wellness Associate Nurse » (SWAN) a souligné l'utilisation d'un pansement inadéquat. L'IAA n° 125 ayant suivi le programme SWAN et le directeur adjoint des soins n° 106 ont affirmé que l'utilisation d'un mauvais pansement pourrait retarder la cicatrisation de la plaie.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

L'IAA n° 124 et le directeur adjoint des soins n° 106 ont également dit que le registre d'administration des traitements aurait dû être mis à jour immédiatement pour refléter le traitement de la blessure de la personne résidente. Le directeur adjoint des soins n° 106 a ajouté que le registre d'administration des traitements informe le personnel inscrit des fournitures nécessaires pour traiter les blessures des personnes résidentes.

Le défaut de mettre à jour le registre d'administration des traitements et de suivre les lignes directrices du titulaire de permis pour traiter la blessure de la personne résidente n° 011 a mis cette dernière en danger et a empêché la mise en place d'interventions efficaces en soins de la peau et des plaies pour favoriser la guérison.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente n° 011, gestion des risques, programme de traitement des plaies et de la peau du titulaire de permis, entretiens avec la IAA n° 124, l'IAA n° 125 ayant suivi le programme SWAN et le directeur adjoint des soins n° 106 [741773]

AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies

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

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

Soins de la peau et des plaies

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

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

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne résidente n° 011 soit réévaluée au moins une fois par semaine par un membre du personnel autorisé.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Justification et résumé

Le directeur a reçu une plainte en lien avec une blessure subie par la personne résidente n° 011.

Selon les dossiers cliniques, il n'y a pas eu d'évaluation pour la personne résidente n° 011 à trois dates distinctes. L'IAA n° 125 ayant suivi le programme SWAN et le directeur adjoint des soins n° 106 ont confirmé que l'on attendait du personnel autorisé qu'il évalue la plaie de la personne résidente chaque semaine en utilisant l'évaluation hebdomadaire de la peau endommagée. Cela aurait permis d'établir si la plaie était en train de cicatriser ou de se détériorer.

Le défaut d'effectuer des évaluations hebdomadaires a exposé la personne résidente à un risque accru de détérioration de sa lésion cutanée.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente n° 011, gestion des risques, programme de traitement des plaies et de la peau du titulaire de permis, entretiens avec l'IAA n° 124, l'IAA n° 125 ayant suivi le programme SWAN et le directeur adjoint des soins n° 106 [741773]

AVIS ÉCRIT : Facilitation des selles et soins liés à l'incontinence

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

Non-respect : Disposition 4 du paragraphe 56 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Facilitation des selles et soins liés à l'incontinence

Paragraphe 56 (1) Le programme de facilitation des selles et de soins liés à l'incontinence doit au minimum prévoir ce qui suit :

4. Des stratégies visant à maximiser l'indépendance, le confort et la dignité des résidents, notamment de l'équipement, des fournitures, des appareils et des appareils fonctionnels.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à l'utilisation de stratégies visant à maximiser le confort et la dignité des personnes résidentes, notamment des fournitures.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Justification et résumé

Un RIC a été présenté au directeur après qu'une PSSP ait utilisé un produit non destiné aux soins de l'incontinence tout en prodiguant des soins à la personne résidente n° 013.

Un autre incident critique a été soumis lorsque l'incident s'est reproduit.

Le directeur adjoint des soins n° 106 et la directrice des soins ont affirmé que l'utilisation de ce produit ne respectait pas la dignité de la personne résidente et l'exposait à un risque de détérioration cutanée. De plus, la directrice des soins a noté qu'il existe des produits appropriés que le personnel peut utiliser.

Le fait de ne pas veiller à l'utilisation de produits conçus pour les soins d'incontinence n'a pas favorisé le confort et la dignité des personnes résidentes.

Sources : Deux RIC, documents d'enquête interne du titulaire de permis, entretien avec le directeur adjoint des soins n° 106 et la directrice des soins. [741773]

AVIS ÉCRIT : Services de thérapeutique

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

Non-respect : de l'alinéa 65 a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Services de thérapeutique

Article 65. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soient organisés à l'intention des résidents du foyer ou fournis à ceux-ci, en application de l'article 13 de la Loi, des services de thérapeutique qui comprennent ce qui suit :

a) la physiothérapie fournie sur les lieux aux résidents sur une base individuelle ou en groupe, compte tenu de leurs besoins évalués en matière de soins;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des services de physiothérapie sur place soient fournis à la personne résidente n° 010 compte tenu de ses besoins évalués.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Justification et résumé

Le titulaire de permis a reçu une plainte. Le mandataire spécial de la personne résidente n° 010 a indiqué qu'elle ne recevait pas de services de physiothérapie.

L'ancien physiothérapeute n° 136 a inscrit que la personne résidente n° 010 devait bénéficier de séances de physiothérapie trois fois par semaine pour prévenir tout déclin physique.

Selon l'enquête menée par la directrice des soins, la personne résidente n'avait pas reçu de séances de physiothérapie conformément à son programme de soins depuis environ six semaines.

Le fait de ne pas garantir que la personne résidente n° 010 reçoive des services de physiothérapie conformément à son programme de soins a compromis ses capacités physiques.

Sources : Incident critique, dossiers médicaux de la personne résidente n° 010, entretien avec la directrice des soins, examen de l'enquête du titulaire de permis. [571]

AVIS ÉCRIT : Traitement des plaintes

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

Non-respect : Disposition 2 du paragraphe 108 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Traitement des plaintes

Paragraphe 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 :

2. Si la plainte ne peut pas faire l'objet d'une enquête et d'un règlement dans les 10 jours ouvrables, un accusé de réception de la plainte est donné dans les 10 jours ouvrables qui suivent la réception de la plainte. Il énonce notamment la date limite à laquelle l'auteur de la plainte peut raisonnablement s'attendre à un règlement et une réponse de suivi conforme à la disposition 3 est donnée dès que possible dans les circonstances.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Le titulaire de permis n'a pas fourni d'accusé de réception de la plainte énonçant la date limite à laquelle le plaignant peut raisonnablement s'attendre à un règlement et une réponse de suivi conforme à la disposition 3 pour les plaintes qui ne peuvent pas faire l'objet d'une enquête ou d'un règlement dans les 10 jours ouvrables.

Justification et résumé

Le directeur a reçu une plainte concernant les soins aux résidents et le service des repas, et le plaignant a estimé que le titulaire de permis n'y avait pas répondu de façon satisfaisante. Les plaintes ont été transmises à l'équipe de gestion, puis au directeur régional.

Le plaignant a ensuite contacté le directeur régional, car il n'avait pas reçu de réponse. Une réponse officielle n'a été fournie au plaignant que près de cinq semaines après la réception de la plainte par le directeur régional.

La directrice des soins a déclaré que les préoccupations du plaignant n'avaient pas toutes été résolues immédiatement et que le processus du titulaire de permis consistait à accuser réception de toutes les plaintes qui ne pouvaient pas être traitées dans un délai de 24 heures au moyen d'une réponse écrite officielle.

Le fait de ne pas fournir au plaignant un accusé de réception de sa plainte énonçant la date limite à laquelle le plaignant peut raisonnablement s'attendre à un règlement et une réponse de suivi conforme a retardé le traitement de sa plainte.

Sources : Courriels, RIC, formulaires d'enquête sur les plaintes internes, entretien avec la directrice des soins. [741773]

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 001 Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

Problème de conformité n° 011 – Ordre de conformité aux termes de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

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

Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

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

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

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

Le titulaire de permis doit :

1) La directrice des soins doit fournir une formation de recyclage à l'IAA n° 124 et au directeur adjoint des soins n° 106 sur les exigences en matière de rapports et les délais prescrits par la loi.

2) La directrice des soins doit procéder à un examen du système de gestion des risques et signaler au directeur toute administration de traitement ou de soins à une personne résidente de façon inappropriée ou incompétente. Elle doit documenter une fois par semaine, pendant quatre semaines, qu'un examen du système de gestion des risques a été effectué et si des rapports ont été présentés au directeur.

3) Les vérifications achevées et les dossiers de formation doivent être conservés et fournis à l'inspectrice immédiatement sur demande.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne qui a des motifs raisonnables de soupçonner qu'il y a eu administration d'un traitement ou de soins à une personne résidente de façon inappropriée ou incompétence fasse immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et communique les renseignements sur lesquels ils sont fondés.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Justification et résumé

1. Un incident critique a été rapporté au directeur pour signaler une allégation de traitement ou de soins à une personne résidente de façon inappropriée ou incompetence qui a entraîné un risque de préjudice. L'incident a été signalé au directeur adjoint des soins n° 106, l'allégation veut qu'une PSSP ait utilisé un produit non destiné aux soins à l'incontinence lorsqu'elle prodiguait des soins à la personne résidente n° 013.

Le directeur adjoint des soins n° 106 et la directrice des soins ont souligné que les soins ou traitements inappropriés apportés à la personne résidente ne respectaient pas sa dignité et pouvaient entraîner une détérioration cutanée. Ils ont également affirmé que l'incident n'avait jamais été signalé au directeur.

En ne veillant pas à ce que l'allégation d'un traitement ou de soins à une personne résidente de façon inappropriée soit signalée immédiatement, cela a accru le risque d'autres incidents.

Sources : Incident critique, documents d'enquête interne du titulaire de permis, entretien avec le directeur adjoint des soins n° 106 et la directrice des soins. [741773]

Justification et résumé

2. Le directeur a reçu une plainte en lien avec une blessure subie par la personne résidente n° 011.

Selon les dossiers cliniques de la personne résidente n° 011, celle-ci s'est blessée lors d'un transfert à l'aide d'un appareil de levage. L'IAA n° 124 a documenté l'incident et indiqué qu'il était attribuable à l'administration de soins inadéquats à la personne résidente. Selon la déclaration de la PSSP n° 132, le lève-personne a été abaissé trop bas lors de l'application de la bretelle, ce qui a causé une blessure.

L'IAA n° 124, l'IAA n° 125, le directeur adjoint des soins n° 106 et la directrice des soins ont souligné que l'incident aurait dû être signalé au directeur en tant

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

qu'un incident critique, car la personne résidente a été blessée en raison des soins inadéquats.

En ne veillant pas à ce que l'allégation d'un traitement ou de soins à un résident de façon inappropriée soit immédiatement signalée, cela a accru le risque d'autres incidents.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente n° 011, gestion des risques, entretien avec le personnel, le directeur adjoint des soins n° 106 et la directrice des soins. [741773]

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 26 juin 2024

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 002 PROGRAMME DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE DES INFECTIONS

Problème de conformité n° 012 – Ordre de conformité aux termes de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : Alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programme de prévention et de contrôle des infections

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

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

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

Le titulaire de permis doit :

1) La responsable de la PCI ou la personne désignée doit élaborer et mettre en œuvre une procédure écrite propre à l'hygiène des mains des personnes résidentes pendant le repas.

2) La responsable de la PCI ou la personne désignée doit effectuer des vérifications pendant les repas. Ces vérifications doivent avoir lieu une fois par semaine (y compris les fins de semaine) pendant quatre semaines au troisième étage. Les vérifications terminées doivent inclure le nom de la personne effectuant la vérification, la date, l'heure, l'unité, le nom de la personne résidente et le nom des membres de personnel responsables de l'hygiène des mains de la personne

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

résidente. Les mesures correctives prises en cas de non-conformité seront consignées dans les vérifications.

3) La responsable de la PCI préparera et mettra en œuvre un programme écrit pour s'assurer que les désinfectants pour les mains dans le foyer de SLD ne sont pas périmés.

4) La responsable de la PCI ou la personne désignée doit effectuer des vérifications exhaustives du désinfectant pour les mains à base d'alcool (DMBA) deux fois par semaine (y compris les fins de semaine) pendant quatre semaines à divers endroits. Les vérifications terminées doivent inclure la date de la vérification, le lieu, les dates d'expiration et le nom du vérificateur. Les mesures correctives prises lorsque le DMBA est expiré doivent être consignées, avec une vérification de suivi à effectuer si le DMBA n'est pas remplacé dans les 24 heures.

5) Les vérifications terminées et les dossiers de formation doivent être conservés et fournis à l'inspectrice immédiatement sur demande.

Motifs

1. Non-respect : de l'alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22 et du point h) de la section 10.4 de la Norme de PCI

Le titulaire de permis n'a pas veillé à la mise en œuvre d'une norme de PCI émise par le directeur.

Justification et résumé

Conformément à la Norme de PCI pour les foyers de SLD, datée d'avril 2022, la section 10.4 stipule que le titulaire de permis s'assure que le programme d'hygiène des mains comprend également des politiques et des marches à suivre en tant que composantes du programme global de PCI ainsi que : h) un soutien aux résidents pour qu'ils pratiquent l'hygiène des mains avant les repas et les collations.

Une PSSP a été observée en train de donner le repas de l'après-midi sans se conformer aux règles d'hygiène des mains auprès des personnes résidentes.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Deux PSSP ont indiqué que les résidents auraient dû se faire désinfecter les mains avant de recevoir leur repas, afin de prévenir la transmission de maladies infectieuses.

Les entretiens avec la responsable de la PCI et la directrice des soins ont indiqué qu'il était attendu du personnel qu'il aide les personnes résidentes à se laver les mains au moment des repas.

En ne veillant pas à ce que les personnes résidentes aient un soutien pour qu'ils pratiquent l'hygiène des mains avant le repas, cela a augmenté le risque de transmission des infections.

Sources : Observations, entretiens avec la PSSP n° 122, l'IAA n° 123, la responsable de la PCI et la directrice des soins [741773]

2. Non-respect : de l'alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22 et de la section 10.1 de la Norme de PCI. Le programme d'hygiène des mains comprend l'accès à des agents d'hygiène des mains, notamment à du DMBA à 70-90 %. Ces agents doivent être facilement accessibles aux points d'intervention et dans les autres aires communes et réservées aux résidents, et tout membre du personnel fournissant des soins directs à une personne résidente doit avoir un accès immédiat à du DMBA à 70-90 %.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le DMBA dans le foyer ne soit pas expiré.

Justification et résumé

Pendant l'inspection, il y avait une éclosion de parainfluenza au deuxième étage du foyer de SLD.

L'inspectrice n° 194 a effectué une visite du foyer et a observé six chambres de personnes résidentes, un escalier, un couloir, un secteur près du poste de soins infirmiers et un salon d'activités où il y avait un DMBA périmé.

**Rapport d'inspection prévu par la
Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée**

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

La responsable de la PCI et la directrice des soins ont reconnu que le DMBA était expiré et ont souligné que l'utilisation de DMBA expiré augmentait le risque de transmission des infections.

Le fait de ne pas garantir que le foyer fournisse un DMBA à 70-90 % au point d'intervention a accru le risque d'infection des personnes résidentes pendant l'éclosion dans le foyer.

Sources : Observations, entretiens avec la responsable de la PCI et la directrice des soins [741773]

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 26 juin 2024

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

RENSEIGNEMENTS SUR LA RÉVISION/L'APPEL

PRENDRE ACTE Le titulaire de permis a le droit de demander une révision par le directeur du ou des présents ordres et/ou du présent avis de pénalité administrative (APA) conformément à l'article 16g de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (la Loi). Le titulaire de permis peut demander au directeur de suspendre le ou les présents ordres en attendant la révision. Si un titulaire de permis demande la révision d'un APA, l'obligation de payer est suspendue jusqu'à la décision de la révision.

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

La demande écrite de révision doit comprendre :

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

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

Directeur

a/s du coordonnateur des appels
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée du
ministère des Soins de longue durée
438, avenue University, 8^e étage
Toronto (Ontario) M7A 1N3
Courriel : MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Si la signification se fait :

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

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

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

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

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

Commission d'appel et de révision des services de santé

À l'attention du registrateur
151, rue Bloor Ouest, 9^e étage
Toronto (Ontario) M5S 1S4

**Rapport d'inspection prévu par la
Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée**

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Directeur

a/s du coordonnateur des appels
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée
Ministère des Soins de longue durée
438, avenue University 8^e étage
Toronto (Ontario) M7A 1N3
Courriel : MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca

Dès réception, la CARSS accusera réception de votre avis d'appel et vous fournira des instructions concernant la procédure d'appel et d'audience. Le titulaire de permis peut en savoir plus sur la CARSS en consultant le site Web www.hsarb.on.ca.