

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Rapport public

Date d'émission du rapport : 16 décembre 2024

Numéro d'inspection : 2024-1071-0006

Type d'inspection :

Plainte
Incident critique
Suivi

Titulaire de permis : Extendicare (Canada) Inc.

Foyer de soins de longue durée et ville : Extendicare Oshawa, Oshawa

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 12 au 15, du 18 au 22 et du 24 au 26 novembre 2024.

L'inspection faisant suite à une plainte concernait :

- Une demande liée au refus d'octroyer un lit.
- Une demande liée aux mauvais traitements d'ordre affectif et à la conduite du personnel.
- Une demande liée à la sûreté et à la sécurité dans le foyer.
- Une demande liée à la prévention des chutes.

L'inspection faisant suite à un incident critique (IC) concernait :

- Deux demandes liées à des allégations de négligence envers des personnes résidentes.
- Une demande liée à l'éclosion d'une maladie importante sur le plan de la santé publique.
- Deux demandes liées à une chute entraînant une blessure.

L'inspection concernait :

- Suivi de l'ordre de conformité (OC) n° 001 en vertu du paragraphe 6 (1) de la *LRSLD* (2021) Programme de soins – Date d'échéance de mise en conformité : le 4 octobre 2024.
- Suivi de l'OC n° 002 en vertu du sous-alinéa 138 (1) a) (ii) du Règl. de l'Ont. 246/22 Entreposage sécuritaire des médicaments – Date d'échéance de mise en conformité : le 11 octobre 2024.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Ordres de conformité délivrés antérieurement :

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

Ordre n° 001 de l'inspection n° 2024-1071-0003 en vertu du paragraphe 6 (1) de la *LRSLD* (2021)

Ordre n° 002 de l'inspection n° 2024-1071-0003 en vertu du sous-alinéa 138 (1) a) (ii) du Règl. de l'Ont. 246/22

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

- Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
- Gestion des médicaments
- Prévention et contrôle des infections
- Foyer sûr et sécuritaire
- Prévention des mauvais traitements et de la négligence
- Comportements réactifs
- Normes de dotation, de formation et de soins
- Prévention et gestion des chutes
- Admission, absences et mises en congé

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : CAS OÙ UNE RÉÉVALUATION ET UNE RÉVISION SONT NÉCESSAIRES

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

Non-respect : de l'alinéa 6 (10) b) de la *LRSLD* (2021)

Programme de soins

Paragraphe 6 (10) Le titulaire de permis veille à ce que le résident fasse l'objet d'une réévaluation et à ce que son programme de soins soit réexaminé et révisé tous les six mois au moins et à tout autre moment lorsque, selon le cas :

b) les besoins du résident en matière de soins évoluent ou les soins prévus dans le programme ne sont plus nécessaires;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins en matière de prévention des chutes d'une personne résidente soit révisé lorsque les besoins en

Ministère des Soins de longue duréeDivision des opérations relatives aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée**District du Centre-Est**33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

soins de cette personne ont changé et que les soins prévus dans le programme n'ont pas été efficaces.

Justification et résumé

Un incident critique (IC) a été signalé au directeur relativement à une chute faite par une personne résidente.

Les dossiers cliniques de la personne résidente indiquent qu'elle présentait un risque de chute. L'examen des notes d'évolution de la personne résidente révèle que ses facultés cognitives étaient fluctuantes. L'entretien avec le directeur adjoint des soins a révélé que la personne résidente était connue pour être agitée et avoir des troubles du sommeil. Lors de l'entretien avec l'infirmière auxiliaire autorisée (IAA), celle-ci a indiqué qu'il faudrait inclure l'agitation et les troubles du sommeil dans le programme de soins et ajouter des interventions visant à apaiser l'agitation et à favoriser le sommeil. Lors des entretiens avec la personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) et l'IAA, elles ont reconnu que, au moment de la chute, la personne résidente retirait le dispositif d'intervention pour la prévention des chutes.

Le fait de ne pas avoir révisé le programme de soins de la personne résidente et de ne pas avoir mis en œuvre de nouvelles interventions lorsque l'intervention prévue dans le programme de soins n'était pas efficace a peut-être contribué à la chute de la personne résidente et à la blessure que cela a causée.

Sources : Rapport d'incident critique, dossiers cliniques d'une personne résidente et entretiens avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : EXAMEN ET APPROBATION PAR LE TITULAIRE DE PERMIS

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

Non-respect : de l'alinéa 51 (7) a) de la *LRSLD* (2021)

Autorisation d'admission à un foyer

Paragraphe 51 (7) Le coordonnateur des placements compétent remet au titulaire de permis de chaque foyer choisi des copies des évaluations et des renseignements dont il a fallu tenir compte en application du paragraphe 50 (6). Le

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

titulaire de permis examine les évaluations et les renseignements et approuve l'admission de l'auteur de la demande au foyer, sauf si, selon le cas :

a) le foyer ne dispose pas des installations matérielles nécessaires pour répondre aux exigences de l'auteur de la demande en matière de soins;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à examiner les évaluations et les renseignements fournis par un auteur d'une demande et à approuver l'admission de l'auteur de la demande, sauf si le foyer ne dispose pas des installations matérielles nécessaires pour répondre aux exigences de l'auteur de la demande en matière de soins.

Justification et résumé

Le directeur a reçu une plainte concernant le refus d'un lit à l'auteur de la demande.

L'examen du formulaire de communication de décision (*Decision Communication Form*) du foyer a confirmé que le foyer refusait une demande du fait qu'il ne dispose pas des installations matérielles nécessaires pour répondre aux exigences actuelles en matière de soins, compte tenu de raisons de transport. En outre, il est indiqué dans le formulaire de communication de décision que l'auteur de la demande pourrait présenter une nouvelle demande à l'avenir si Extencicare proposait de meilleurs services de transport.

L'examen d'une plainte reçue des Services de soutien à domicile et en milieu communautaire a confirmé que les raisons invoquées par le foyer pour justifier le refus de l'auteur de la demande n'étaient pas valables, et que les Services de soutien à domicile et en milieu communautaire étaient en désaccord.

Le chef de bureau et le travailleur social ont tous deux confirmé que les services de transport accessibles aux fauteuils roulants du foyer n'étaient pas fiables par le passé. En outre, le travailleur social a confirmé que la demande de lit de l'auteur de la demande avait été rejetée en raison du manque de fiabilité des services de transport accessibles aux fauteuils roulants du foyer pour lui permettre de se rendre à son traitement. Le chef de bureau et le travailleur social ont tous deux confirmé qu'ils étaient au courant du Fonds d'aide à la prestation de soins spéciaux relativement au transport des personnes résidentes pour les traitements. Le chef de bureau a confirmé qu'il avait récemment été informé de l'obtention de services de transport accessibles aux fauteuils roulants fiables. Une communication électronique avec le travailleur social a confirmé que l'auteur de la demande avait

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

été placé sur la liste d'attente du foyer, vu que celui-ci avait obtenu des services de transport accessibles aux fauteuils roulants.

Le fait que le titulaire de permis n'ait pas approuvé l'admission de l'auteur de la demande, sauf si le foyer ne dispose pas des installations matérielles nécessaires pour répondre aux exigences de l'auteur de la demande en matière de soins, a mis en danger le bien-être physique et émotionnel de la personne résidente.

Sources : Politique de sélection à l'admission du foyer (*Screening for Admission Policy*), formulaire de communication de décision (*Decision Communication Form*) du foyer, formulaire de communication de décision du foyer de soins de longue durée (foyer de SLD) remis à l'auteur de la demande; dossiers de santé de l'auteur de la demande, communications électroniques entre le foyer/les Services de soutien à domicile et en milieu communautaire et le travailleur social et entretiens avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : AVIS ÉCRIT EN CAS DE REFUS D'APPROBATION PAR LE TITULAIRE DE PERMIS

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

Non-respect : de l'alinéa 51 (g) d) de la *LRSLD* (2021)

Autorisation d'admission à un foyer

Paragraphe 51 (g) S'il refuse d'approuver l'admission, le titulaire de permis donne aux personnes visées au paragraphe (10) un avis écrit énonçant ce qui suit :

d) les coordonnées du directeur.

Aux termes du paragraphe 51 (10) de la *LRSLD* (2021), les personnes visées au paragraphe (g) sont l'auteur de la demande et le coordonnateur des placements compétent.

Lorsque le titulaire de permis a refusé d'approuver l'admission d'un auteur d'une demande, il a omis de donner aux personnes visées au paragraphe (10) un avis écrit indiquant les coordonnées du directeur.

Justification et résumé

Le directeur a reçu une plainte portant sur le refus d'un lit à un auteur de demande.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

L'examen de l'aiguillage de l'auteur de la demande et du formulaire de communication de décision du foyer a confirmé que le foyer rejetait la demande sans toutefois inclure le numéro pour communiquer avec le directeur. Le travailleur social a fourni à l'inspectrice ou l'inspecteur le formulaire de communication de décision de l'auteur de la demande, et a confirmé les détails du formulaire, qui n'incluait pas le numéro pour contacter le directeur.

Le fait de ne pas avoir fourni le numéro pour contacter le directeur a empêché l'auteur de la demande ou son fournisseur de soins de contacter le directeur pour défendre les intérêts de l'auteur de la demande.

Sources : Politique de sélection à l'admission du foyer (*Screening for Admission Policy*), formulaire de communication de décision du foyer de SLD (*Decision Communication Form*) remis à l'auteur de la demande, dossiers de santé de l'auteur de la demande, communications électroniques entre le foyer/les Services de soutien à domicile et en milieu communautaire et le travailleur social, et entretiens avec le travailleur social.

AVIS ÉCRIT : TRAITEMENT DES PLAINTES

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

Non-respect : de la disposition 2 du paragraphe 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.

Selon la disposition 3 du paragraphe 108 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22, la réponse fournie à l'auteur d'une plainte comprend une explication des mesures prises par le titulaire de permis pour régler la plainte ou du fait que le titulaire de permis croit la plainte non fondée, motifs à l'appui.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, pour toute plainte verbale ou écrite qui 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 soit 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.

Justification et résumé

Le directeur a reçu une plainte portant sur un foyer sûr et sécuritaire pour les personnes résidentes.

L'examen du classeur de plaintes du foyer a permis de confirmer qu'une plainte avait été reçue portant sur la sûreté et la sécurité du foyer.

L'examen des dossiers d'enquête sur les plaintes du foyer a confirmé que le foyer n'avait pas été en mesure d'enquêter et de résoudre la plainte dans un délai de 10 jours ouvrables, et qu'il transmettait le problème au siège social pour obtenir des conseils ou des orientations supplémentaires. Un examen plus approfondi des documents relatifs à l'enquête sur la plainte a confirmé que le foyer avait contacté une personne résidente, et non l'auteur de la plainte, pour l'informer qu'il attendait des conseils ou des instructions supplémentaires de la part du siège social, sans préciser la date à laquelle l'auteur de la plainte pouvait raisonnablement s'attendre à une résolution de la plainte.

L'administratrice a confirmé qu'il n'y avait pas eu d'autres orientations ou instructions de la part du siège social, et que la responsabilité relevait de la discrétion du foyer.

L'administratrice a confirmé que le foyer avait étudié diverses options pour résoudre le problème, mais qu'elles ne pouvaient pas être mises en œuvre en raison de l'infrastructure du foyer. En outre, l'administratrice a confirmé que l'équipe de direction du foyer avait eu des discussions, mais qu'aucune décision ni aucun processus n'avaient encore été mis en œuvre.

L'examen de la lettre de réponse du foyer à la plainte a confirmé que les problèmes avaient été résolus. La lettre de réponse à la plainte n'expliquait pas ce que le titulaire de permis avait fait pour résoudre la plainte. Le directeur adjoint des soins et

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'administratrice ont tous deux confirmé que la lettre de réponse à la plainte n'expliquait pas ce que le titulaire de permis avait fait pour résoudre la plainte.

L'administratrice a confirmé qu'il ne savait pas si le foyer avait tenu l'auteur de la plainte au courant après avoir consulté le siège social ni quelles mesures le foyer avait prises pour résoudre sa plainte. En outre, un entretien avec l'auteur de la plainte a confirmé que le foyer ne l'avait pas informé d'une quelconque directive du siège social ni des mesures éventuelles prises par le foyer pour résoudre sa plainte.

Le fait que le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, pour toute plainte verbale ou écrite qui ne peut pas faire l'objet d'une enquête et d'un règlement dans les dix jours ouvrables, un accusé de réception de la plainte soit donné dans les dix jours ouvrables qui suivent la réception de la plainte, énonçant notamment la date limite à laquelle l'auteur de la plainte peut raisonnablement s'attendre à un règlement, et qu'une réponse de suivi soit donnée dès que possible dans les circonstances, a entravé la capacité de l'auteur de la plainte à défendre les intérêts de la personne résidente.

Sources : Politique du foyer en matière de plaintes et de service à la clientèle (*Complaints and Customer Service Policy*), classeur des plaintes et dossiers d'enquête du foyer, et entretien avec l'administratrice.

AVIS ÉCRIT : TRAITEMENT DES PLAINTES

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

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

Traitement des plaintes

Paragraphe 108 (2) Le titulaire de permis veille à ce que soit tenu au foyer un dossier documenté où figurent notamment les renseignements suivants :

- a) la nature de chaque plainte verbale ou écrite;
- b) la date de réception de la plainte;
- c) le type de mesures prises pour régler la plainte, notamment la date où elles ont été prises, l'échéancier des mesures à prendre et tout suivi nécessaire;
- d) le règlement définitif, le cas échéant;
- e) chaque date à laquelle une réponse a été donnée à l'auteur de la plainte et une description de la réponse;
- f) toute réponse formulée à son tour par l'auteur de la plainte.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un dossier documenté soit conservé dans le foyer lorsque la personne résidente a exprimé une préoccupation.

Justification et résumé

Une plainte a été soumise au directeur portant sur le programme de traitement d'une personne résidente.

Le dossier de santé clinique de la personne résidente a été examiné. La directrice des soins a indiqué que le foyer de SLD avait mené une enquête concernant cette plainte et que celle-ci était fondée. L'administratrice a confirmé qu'il n'y avait pas de dossier écrit sur la plainte dans le classeur des plaintes du foyer de SLD.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que les dossiers relatifs à la plainte concernant la personne résidente soient documentés et conservés dans le foyer peut avoir eu une incidence sur la manière dont les problèmes ont été traités.

Sources : Dossiers de santé de la personne résidente; classeur des plaintes de 2024 du foyer; plainte de la personne résidente; entretiens avec la personne résidente, la directrice des soins et.

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un dossier documenté soit conservé dans le foyer lorsque la personne résidente a exprimé une préoccupation.

Justification et résumé

Une plainte portant sur les soins administrés à une personne résidente a été soumise au directeur.

Le dossier de santé clinique de la personne résidente a été examiné. Le dossier révèle que le gestionnaire de la nutrition s'est entretenu avec la personne résidente au sujet de cette préoccupation et que des interventions ont été mises en œuvre.

Le gestionnaire de la nutrition a indiqué que le foyer de SLD avait mené une enquête concernant cette plainte et que celle-ci était non fondée. L'administratrice a confirmé qu'il n'y avait pas de dossier écrit sur la plainte dans le classeur des plaintes du foyer de SLD.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que les dossiers relatifs à la plainte concernant la personne résidente soient documentés et conservés dans le foyer peut avoir eu une incidence sur la manière dont les problèmes ont été traités.

Sources : Dossiers de santé de la personne résidente, classeur des plaintes de 2024 du foyer, une plainte, entretiens avec une personne résidente, le personnel et l'administratrice.

AVIS ÉCRIT : ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS

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

Non-respect : du paragraphe 140 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Administration des médicaments

Paragraphe 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).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des médicaments soient administrés aux personnes résidentes conformément au mode d'emploi précisé par le prescripteur.

Justification et résumé

Une plainte a été soumise au directeur portant sur l'administration des médicaments à une personne résidente.

Le dossier de santé clinique de la personne résidente a été examiné. Le dossier de santé clinique de la personne résidente ne mentionne pas les instructions du prescripteur. Le registre d'administration des médicaments a révélé que les médicaments ont été administrés par un membre du personnel autorisé un jour donné.

Le fait de ne pas avoir administré les médicaments conformément aux directives du prescripteur a exposé les personnes résidentes à un danger.

Sources : Dossier clinique de la personne résidente et entretiens avec le personnel autorisé et la directrice des soins.

Ministère des Soins de longue duréeDivision des opérations relatives aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée**District du Centre-Est**33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702**AVIS ÉCRIT : APPROBATION PAR LE TITULAIRE DE PERMIS**

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

Non-respect : du paragraphe 179 (5) du Règl. de l'Ont. 246/22

Approbation par le titulaire de permis

Paragraphe 179 (5) Le titulaire de permis donne l'avis approprié visé à la disposition 1 ou 2 du paragraphe (3) dans les trois jours ouvrables après la réception des renseignements supplémentaires fournis en vertu du paragraphe (4).

Selon le paragraphe 179 (4) du Règl. de l'Ont. 246/22, si le titulaire de permis présente au coordonnateur des placements compétent une demande écrite de renseignements supplémentaires dont, de l'avis du coordonnateur, le titulaire de permis a besoin pour décider s'il y a lieu d'approuver ou non l'admission de l'auteur de la demande au foyer, le coordonnateur des placements doit les lui donner.

Le titulaire de permis n'a pas donné l'avis approprié conformément à la disposition 1 ou 2 du paragraphe (3) dans les trois jours ouvrables suivant la réception des renseignements supplémentaires prévus au paragraphe (4).

Justification et résumé

Le directeur a reçu une plainte concernant le refus d'un lit à l'auteur d'une demande.

L'examen des communications électroniques entre les Services de soutien à domicile et en milieu communautaire et le foyer a confirmé que ce dernier n'avait pas répondu après avoir fourni les renseignements demandés pour l'auteur de la demande, pendant une période allant jusqu'au moment où l'auteur de la demande a été accepté sur la liste d'attente d'admission du foyer. La communication électronique avec le travailleur social a confirmé que l'auteur d'une demande avait été accepté sur la liste d'attente d'admission du foyer parce que celui-ci avait récemment obtenu des services de transport fiables et accessibles aux fauteuils roulants, et non en raison de nouveaux renseignements ou de nouvelles évaluations.

L'absence d'avis approprié, dans les trois jours ouvrables, de la réception des renseignements demandés pour l'auteur d'une demande a considérablement retardé l'approbation et l'admission de ce dernier.

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 : Communication électronique entre le foyer, les Services de soutien à domicile et en milieu communautaire et le travailleur social et entretien avec le personnel.

**ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 001 SERVICES INFIRMIERS ET
SERVICES DE SOUTIEN PERSONNEL**

Problème de conformité n° 008 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de l'alinéa 35 (3) d) du Règl. de l'Ont. 246/22

Services infirmiers et services de soutien personnel

Paragraphe 35 (3) Le plan de dotation en personnel doit :

d) comprendre un plan d'urgence pour la dotation en personnel des soins infirmiers et des soins personnels pour parer aux situations où le personnel, notamment le personnel qui doit fournir les soins infirmiers qu'exige le paragraphe 11 (3) de la Loi, est incapable de se présenter au travail;

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

L'inspectrice ou l'inspecteur ordonne au titulaire de permis de faire ce qui suit :

1. Communiquer avec le personnel infirmier et de soins personnels sur le plan de mesures d'urgence actualisé du foyer en matière de dotation en personnel (*Staffing Contingency Plan*).
2. Conserver une trace écrite de la communication fournie au personnel infirmier et de soins personnels dans le plan de mesures d'urgence actualisé du foyer en matière de dotation en personnel.
3. La directrice des soins formera l'équipe de direction ainsi que tout membre du personnel chargé de mettre en œuvre des mesures ou de donner des instructions au personnel en cas de pénurie de personnel, afin d'assurer la compréhension et la maîtrise de ce rôle.
4. Conserver une trace écrite de la formation dispensée par la directrice des soins, indiquant le nom du membre du personnel formé, son titre, la date de la formation et le contenu de celle-ci. Fournir les dossiers écrits immédiatement à l'inspectrice ou l'inspecteur sur demande.
5. Pendant quatre semaines, pour chaque quart où il manque de personnel, il faut consigner par écrit la date et l'équipe, le nombre de PSSP manquantes, ainsi que

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

toutes les mesures prises ou mises en œuvre pour remédier à la pénurie. Fournir les dossiers écrits immédiatement à l'inspectrice ou l'inspecteur sur demande.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le plan de dotation en personnel du foyer comprenne un plan de mesures d'urgence pour la dotation en personnel de soins personnels qui tienne compte des situations où le personnel ne peut pas se présenter au travail.

Justification et résumé

Le directeur a reçu un incident critique (IC) lié à une allégation de négligence pendant une période de pénurie de PSSP.

L'examen de l'IC a confirmé que des personnes résidentes s'étaient plaintes à une IAA du fait qu'elles n'avaient pas reçu de soins en raison d'un manque de PSSP durant un quart de nuit. L'examen du plan de mesures d'urgence du foyer en matière de dotation en personnel a confirmé que si le foyer n'était pas en mesure de pourvoir un poste d'IAA ou d'infirmière autorisée, il devait contacter une agence de placement pour combler la pénurie. Cependant, cette directive n'était pas indiquée pour une pénurie de PSSP. La directrice des soins a confirmé que le plan de mesures d'urgence du foyer en matière de dotation en PSSP n'indiquait pas ou ne donnait pas d'instructions concernant le recours à une agence de placement afin de combler une pénurie grave de PSSP, alors que cela aurait dû être le cas.

L'IAA et la directrice des soins ont toutes deux confirmé qu'au moment de l'incident, l'aire du foyer ne disposait pas d'un effectif complet de PSSP pendant un quart de travail. L'examen des courriels du coordonnateur des horaires a confirmé que, à une date donnée, le foyer n'avait pas fait appel à une agence de placement pour combler les pénuries de PSSP. L'examen des dossiers d'enquête interne du foyer sur l'incident a confirmé la documentation des interventions, des mesures et des stratégies à long terme prises pour assurer la sécurité des personnes résidentes, qui consistaient à faire appel aux services d'une agence pour les PSSP en cas de pénurie critique de personnel.

Le défaut de veiller à ce que le plan de dotation en personnel du foyer comprenne un plan d'urgence pour la dotation en PSSP qui tient compte des situations où le personnel ne peut pas se présenter au travail a exposé la santé et le bien-être des personnes résidentes à un risque.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Sources : IC, notes d'enquête du foyer, communications électroniques avec le service de planification, plan de mesures d'urgence du foyer en matière de dotation en personnel (*Staffing Contingency Plan*) et entretiens avec le personnel.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 31 janvier 2025

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 002 SERVICES INFIRMIERS ET SERVICES DE SOUTIEN PERSONNEL

Problème de conformité n° 009 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de l'alinéa 35 (3) e) du Règl. de l'Ont. 246/22

Services infirmiers et services de soutien personnel

Paragraphe 35 (3) Le plan de dotation en personnel doit :

e) être évalué et mis à jour au moins une fois par année conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises.

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

L'inspectrice ou l'inspecteur ordonne au titulaire de permis de faire ce qui suit :

1. Mettre à jour le plan de mesures d'urgence du foyer en matière de dotation en PSSP, afin d'y inclure un plan d'urgence pour la dotation en personnel des soins, qui tient compte des situations où le personnel ne peut pas se rendre au travail.
2. Mettre à jour le plan de mesures d'urgence du foyer en matière de dotation en personnel afin d'y inclure tout changement dans les processus ou les compléments du personnel des soins infirmiers et des soins personnels.
3. Mettre à jour le plan de mesures d'urgence du foyer en matière de dotation en personnel conformément à l'évaluation annuelle du plan de dotation en personnel, au besoin.
4. Conserver un registre du plan de mesures d'urgence du foyer en matière de dotation en personnel et le fournir à l'inspectrice ou l'inspecteur immédiatement sur demande.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le plan de dotation en personnel soit évalué et mis à jour au moins une fois par année conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises.

Justification et résumé

Le directeur a reçu un incident critique lié à une allégation de négligence, pendant une période de pénurie de PSSP.

La directrice des soins a confirmé que la procédure suivie par le foyer en cas de pénurie de personnel, s'il n'était pas en mesure de combler cette pénurie, consistait à faire appel à une agence de placement. L'examen du plan de mesures d'urgence du foyer en matière de dotation en personnel a confirmé que, si le foyer n'était pas en mesure de pourvoir un poste d'IAA ou d'infirmière autorisée, il devait contacter une agence de placement pour combler la pénurie. Cependant, cette directive n'était pas indiquée pour une pénurie de PSSP. La directrice des soins a confirmé que le plan de mesures d'urgence du foyer en matière de dotation en personnel avait été mis à jour, mais que la date n'avait pas été modifiée. En outre, la directrice des soins a confirmé que le plan de mesures d'urgence du foyer en matière de dotation en PSSP n'indiquait pas ou ne donnait pas d'instructions concernant le recours à une agence de placement afin de combler une pénurie de PSSP, alors que cela aurait dû être le cas. La directrice des soins a confirmé que le foyer avait récemment augmenté le nombre de PSSP dans l'ensemble du foyer, afin d'améliorer la qualité des soins prodigués aux personnes résidentes, et que cette augmentation n'avait pas été mise à jour dans le plan de mesures d'urgence du foyer en matière de dotation en personnel.

L'absence d'évaluation et de mise à jour du plan de dotation en personnel du foyer au moins une fois par année, conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises, a accru les risques pour la santé et la sécurité des personnes résidentes.

Sources : IC, plan de mesures d'urgence du foyer en matière de dotation en personnel (*Staffing Contingency Plan*), et entretien avec la directrice des soins.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 31 janvier 2025

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

**ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 003 SERVICES INFIRMIERS ET
SERVICES DE SOUTIEN PERSONNEL**

Problème de conformité n° 010 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : du paragraphe 35 (4) du Règl. de l'Ont. 246/22

Services infirmiers et services de soutien personnel

Paragraphe 35 (4) Le titulaire de permis consigne dans un dossier chaque évaluation visée à l'alinéa 3 e), notamment la date de l'évaluation, le nom des personnes qui y ont participé, un résumé des modifications apportées et la date à laquelle ces modifications ont été mises en œuvre.

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

L'inspectrice ou l'inspecteur ordonne au titulaire de permis de faire ce qui suit :

1. Le foyer consignera dans un dossier chaque évaluation de son plan de dotation en personnel, incluant notamment la date de l'évaluation, le nom des personnes qui y ont participé, un résumé des modifications apportées et la date à laquelle ces modifications ont été mises en œuvre.
2. Fournir à l'inspectrice ou l'inspecteur, sur demande, tous les documents écrits relatifs aux évaluations du plan de dotation en personnel du foyer.

Motifs

Selon l'alinéa 35 (3) e) du Règl. de l'Ont. 246/22, le plan de dotation en personnel du titulaire de permis doit être évalué et mis à jour au moins une fois par année conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à consigner dans un dossier chaque évaluation visée à l'alinéa (3) e), notamment la date de l'évaluation, le nom des personnes qui y ont participé, un résumé des modifications apportées et la date de mise en œuvre de ces modifications.

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 un IC lié à une allégation de négligence pendant une période de pénurie de PSSP.

L'examen du plan de mesures d'urgence en matière de dotation en personnel du foyer n'indiquait pas la date d'une évaluation, les noms des personnes ayant participé à l'évaluation, un résumé des changements apportés et la date à laquelle ces changements ont été mis en œuvre. La directrice des soins a confirmé que le foyer ne disposait pas d'une trace écrite de l'évaluation du plan de dotation en personnel effectuée à une date donnée. La directrice des soins a confirmé que la personne responsable de la qualité du foyer devait veiller à ce qu'une trace écrite soit conservée de l'évaluation du plan d'urgence du foyer en matière de dotation en personnel. En outre, la directrice des soins a confirmé que le foyer ne disposait pas actuellement d'une personne responsable de la qualité.

Le fait de ne pas avoir consigné par écrit le plan de mesures d'urgence du foyer en matière de dotation en personnel, avec la date de l'évaluation, le nom des personnes ayant participé à l'évaluation, un résumé des changements apportés et la date à laquelle ces changements ont été mis en œuvre, a mis en péril les soins aux personnes résidentes en cas de pénurie de personnel.

Sources : IC, plan de mesures d'urgence du foyer en matière de dotation en personnel (*Staffing Contingency Plan*) et entretien avec la directrice des soins.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 31 janvier 2025

**ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 004 RESPONSABLE DÉSIGNÉ DE
L'AMÉLIORATION CONSTANTE DE LA QUALITÉ**

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

Non-respect : du paragraphe 167 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Responsable désigné de l'amélioration constante de la qualité

Paragraphe 167 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que l'initiative d'amélioration constante de la qualité soit coordonnée par un responsable désigné.

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

L'inspectrice ou l'inspecteur ordonne au titulaire de permis de faire ce qui suit :

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

1. Le foyer doit désigner une personne responsable de l'initiative d'amélioration continue de la qualité du foyer, conformément à la législation/réglementation.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'initiative d'amélioration constante de la qualité du foyer soit coordonnée par une personne responsable désignée.

Justification et résumé

Le directeur a reçu un IC lié à une allégation de négligence pendant une période de pénurie de PSSP.

L'examen du classeur d'admission du ministère des Soins de longue durée, qui précise les coordonnées des personnes responsables des programmes du foyer, a confirmé que le rôle de personne responsable de la qualité du foyer était vacant. La directrice des soins a confirmé que la personne responsable de la qualité du foyer devait veiller à ce qu'une trace écrite soit conservée des évaluations annuelles du foyer. En outre, la directrice des soins a confirmé que le foyer ne disposait pas actuellement d'une personne responsable de la qualité.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que l'initiative d'amélioration continue de la qualité du foyer soit coordonnée par une personne responsable désignée a miné l'initiative d'amélioration de la qualité du foyer et a compromis la qualité de vie des personnes résidentes.

Sources : IC, classeur d'admission du ministère des Soins de longue durée et entretien avec la directrice des soins.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 31 janvier 2025

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

RENSEIGNEMENTS SUR LA RÉVISION/L'APPEL

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

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

La demande écrite de révision doit comprendre :

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

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

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

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.