

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 L 1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Rapport public

Date d'émission du rapport : 4 février 2025

Numéro d'inspection : 2025-1486-0001

Type d'inspection :

Inspection proactive de la conformité

Titulaire de permis : Bethany Lodge

Foyer de soins de longue durée et ville : Bethany Lodge, Markham

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 15 au 17, du 20 au 24 et du 27 au 30 janvier 2025

L'inspection concernait :

- Demande n° 00136212 – Inspection proactive de la conformité

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

Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
Prévention et gestion relatives aux soins de la peau et des plaies
Alimentation, nutrition et hydratation
Gestion des médicaments
Conseils des résidents et des familles
Entretien ménager, buanderie et services d'entretien
Prévention et contrôle des infections
Foyer sûr et sécuritaire
Prévention des mauvais traitements et de la négligence
Amélioration de la qualité
Normes de dotation, de formation et de soins
Gestion de la douleur

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L 1H 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 de soins de longue durée

District du Centre-Est

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

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Déclaration des droits des résidents

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

Non-respect : de la disposition 4 du paragraphe 3 (1) de la *LRSLD* (2021)

Déclaration des droits des résidents

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

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les personnes résidentes ne subissent pas de mauvais traitements d'ordre affectif de la part du personnel.

Lors d'entretiens avec deux personnes résidentes, il a été signalé qu'elles avaient toutes deux été victimes d'incidents de nature dégradante de la part de membres du personnel.

Lors d'un entretien avec un membre du personnel, il a été confirmé qu'une politique de tolérance zéro en matière de mauvais traitements était en place et que le personnel était formé sur cette politique chaque année. La directrice des soins a également confirmé la tolérance zéro du foyer en matière de mauvais traitements et a indiqué que des mesures correctives avaient été prises dans la section accessible aux résidents concernée, à la suite du rapport de l'inspectrice ou de l'inspecteur portant sur les allégations.

Sources : Entretien avec le personnel et des personnes résidentes.

AVIS ÉCRIT : Portes dans le foyer

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 L 1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

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

Non-respect : de la disposition 3 du paragraphe 12 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Portes dans le foyer

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

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les portes donnant sur des aires non résidentielles soient maintenues fermées pour empêcher leur accès non supervisé par les personnes résidentes.

À deux dates différentes, l'inspectrice ou l'inspecteur a constaté que la porte du local du vide-ordures d'une section accessible aux résidents donnée était déverrouillée et entrouverte. La première fois, la porte du vide-ordures était verrouillée, mais la seconde fois, elle était déverrouillée et s'ouvrait avec peu de résistance. Au moment de la deuxième observation, des personnes résidentes se trouvaient dans l'aire générale de la porte non verrouillée et du vide-ordures non verrouillé.

Sources : Observations de la section accessible aux résidents.

AVIS ÉCRIT : Conseil des résidents

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

Non-respect : du paragraphe 63 (3) de la *LRSLD* (2021)

Pouvoirs du conseil des résidents

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Paragraphe 63 (3) Si le conseil des résidents l'a informé de sujets de préoccupation ou de recommandations en vertu de l'une ou l'autre des dispositions 6 ou 8 du paragraphe (1), le titulaire de permis lui répond par écrit au plus tard 10 jours après avoir été informé de ces sujets de préoccupation ou recommandations.

Le titulaire de permis n'a pas répondu par écrit, dans un délai de 10 jours, aux préoccupations ou aux recommandations relatives au fonctionnement du foyer formulées par le conseil des résidents.

Lors d'un entretien avec un membre du conseil des résidents, il a été signalé que le conseil des résidents transmettait fréquemment des informations au titulaire de permis concernant le fonctionnement du foyer, mais que ses suggestions n'étaient pas toujours reconnues et que le conseil des résidents n'avait reçu aucune réponse écrite conformément à la loi. Le titulaire du permis n'a pu fournir de preuve de correspondance écrite.

Sources : Entretien avec un membre du conseil des résidents.

AVIS ÉCRIT : Pouvoirs du conseil des familles

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

Non-respect : du paragraphe 66 (3) de la *LRSLD* (2021)

Pouvoirs du conseil des familles

Paragraphe 66 (3) Si le conseil des familles l'a informé de sujets de préoccupation ou de recommandations en vertu de l'une ou l'autre des dispositions 8 ou 9 du paragraphe (1), le titulaire de permis lui répond par écrit au plus tard 10 jours après avoir été informé de ces sujets de préoccupation ou recommandations.

Le titulaire de permis n'a pas répondu par écrit, dans un délai de 10 jours, aux préoccupations ou aux recommandations relatives au fonctionnement du foyer formulées par le conseil des familles.

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 L 1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Lors d'un entretien avec des représentants du conseil des familles, il a été signalé que le conseil des familles avait, à de nombreuses reprises, formulé des recommandations au titulaire du permis concernant le fonctionnement du foyer, mais qu'il n'avait reçu aucune réponse écrite conformément à la loi. Le titulaire du permis n'a pu fournir de preuve de réponses écrites fournies au conseil des familles.

Sources : Entretien avec des membres du conseil des familles et courriel de ces derniers.

AVIS ÉCRIT : Exigences générales

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

Non-respect : de la disposition 3 du paragraphe 34 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Exigences générales

Paragraphe 34 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au respect des règles suivantes à l'égard de chacun des programmes structurés exigés aux articles 11 à 20 de la Loi et de chacun des programmes interdisciplinaires exigés à l'article 53 du présent règlement :

3. Le programme 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 ce que le programme de soins de la peau et des plaies ait été mis à jour au moins une fois par année conformément aux pratiques fondées sur des données probantes.

Il a été constaté que les politiques des foyers de soins de longue durée relatives à leur programme de soins de la peau et des plaies se référaient à des pratiques fondées sur des données probantes périmées datant de 2001 et qu'elles utilisaient ces pratiques.

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 L 1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Sources : Bethany Lodge – politique en matière de soins et de services aux personnes résidentes – programme de soins de la peau et des plaies (*Policy: Resident Care and Services – Skin and Wound Program*) et entretien avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies

Problème de conformité n° 006 Avis écrit en vertu 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 qu'une personne résidente qui présentait des signes d'altération de l'intégrité épidermique reçoive des interventions et des traitements immédiats pour réduire ou éliminer la douleur.

Une personne résidente a souffert de douleurs à un nombre déterminé d'occasions pendant la prestation des soins. L'examen des dossiers cliniques a révélé que la personne résidente n'avait pas bénéficié des interventions prescrites.

Sources : Dossiers médicaux de la personne résidente, entretiens avec le personnel.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies

Problème de conformité n° 007 Avis écrit en vertu 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 une personne autorisée visée au paragraphe (2.1), si cela s'impose sur le plan clinique;

Le titulaire du permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente qui présentait des signes d'altération de l'intégrité épidermique et qui avait fait l'objet d'une évaluation de la peau soit réévaluée au moins une fois par semaine.

Une personne résidente présentait un problème de peau et de plaie particulier. L'examen des dossiers cliniques a révélé qu'à plusieurs reprises, les évaluations requises n'avaient pas été effectuées comme il se doit.

Sources : Dossiers médicaux de la personne résidente, entretiens avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Gestion de la douleur

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

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

Gestion de la douleur

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

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 L 1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

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

Le titulaire de permis n'a pas respecté le programme de gestion de la douleur puisqu'une personne résidente ayant ressenti de la douleur n'a pas fait l'objet d'une intervention.

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

Plus précisément, la politique du foyer de soins de longue durée en matière de gestion de la douleur stipule que lorsqu'une personne résidente éprouve de la douleur, des stratégies de gestion de la douleur doivent être mises en œuvre, notamment des interventions non pharmacologiques, des fournitures, des appareils et des appareils fonctionnels, s'il y a lieu et s'il est jugé approprié de le faire.

Lorsqu'une personne résidente a ressenti de la douleur, le foyer de soins de longue durée n'a pas respecté sa politique.

Sources : Dossiers médicaux de la personne résidente, manuel des soins aux personnes résidentes de Bethany Lodge – gestion de la douleur (*Bethany Lodge Resident Care Manual – Pain Management – Policy*) et entretiens avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Substances dangereuses

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

Non-respect : de l'article 97 du Règl. de l'Ont. 246/22

Substances dangereuses

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 L 1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Article 97. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les substances dangereuses du foyer soient étiquetées de façon appropriée et gardées hors de la portée des résidents en tout temps.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des substances dangereuses soient gardées hors de la portée des personnes résidentes en tout temps.

Lors d'une observation effectuée à une date précise dans une section accessible aux résidents précise, on a constaté que la porte d'une aire non résidentielle était ouverte. En entrant dans la pièce, l'inspectrice ou l'inspecteur a aperçu un contenant d'un produit chimique particulier. La bouteille était munie d'un bouchon dévissable ordinaire. L'examen de la fiche de données de sécurité a révélé que le produit provoque une irritation importante des yeux et de la peau et qu'il est nécessaire de rincer à l'eau en cas de contact avec les yeux ou la peau.

Sources : Observation, fiche de données de sécurité pour le produit concerné.

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

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

Non-respect : l'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).

1) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une norme ou un protocole que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections (PCI) soit

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 L 1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

respecté en ce qui a trait aux pratiques de bases et aux précautions supplémentaires.

Le point d) de la section 9.1 de la *Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée* (Norme de PCI) d'avril 2022 publiée par le directeur stipule que : Le titulaire de permis veille au respect des pratiques de base et des précautions supplémentaires dans le programme de PCI, notamment l'utilisation adéquate de l'EPI, y compris le choix et le port appropriés.

À une date précise, un membre du personnel a été vu dans la chambre d'une personne résidente sans masque. Lorsqu'on lui a demandé si un masque était nécessaire, le membre du personnel a répondu par l'affirmative. On a constaté que le membre du personnel n'avait pas de masque à portée de main et qu'il s'est ensuite rendu au poste de l'infirmière pour en prendre un et l'enfiler. La section accessible aux résidents dans laquelle le membre du personnel a été observé était en situation d'éclosion au moment de l'observation.

Sources : Observation du personnel

2) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soit respecté une norme ou un protocole que délivre le directeur à l'égard de la PCI en ce qui a trait aux pratiques de bases et aux précautions supplémentaires.

Le point d) de la section 9.1 de la Norme de PCI d'avril 2022 publiée par le directeur stipule que : Le titulaire de permis veille au respect des pratiques de base et des précautions supplémentaires dans le programme de PCI, notamment l'utilisation adéquate de l'EPI, y compris le choix et le port appropriés.

À une date précise, dans une section accessible aux résidents qui était en situation d'éclosion, on a constaté qu'un membre du personnel se trouvait dans la chambre d'une personne résidente sans porter de masque. Lorsqu'on lui a demandé où était

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 L 1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

son masque, il a répondu, puis a sorti un masque plié de sa poche. Il a déclaré qu'il devait porter un masque en raison de l'éclosion.

Sources : Observation de certains membres du personnel, entretien avec la personne responsable de la PCI.

AVIS ÉCRIT : Rapport sur l'amélioration constante de la qualité

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

Non-respect : du paragraphe 168 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Rapport sur l'amélioration constante de la qualité

Paragraphe 168 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée rédige un rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité pour le foyer à l'égard de chaque exercice au plus tard trois mois après la fin de l'exercice. Sous réserve de l'article 271, il publie chaque rapport sur son site Web.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité soit publié sur son site Web.

En vertu de l'alinéa 271 (1) e) du Règlement de l'Ontario, le titulaire du permis du foyer de soins de longue durée doit veiller à ce qu'il y ait un site Web accessible au public qui comprend, au moins, le rapport en vigueur sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité.

Un examen du site Web du foyer de soins de longue durée qui était accessible au public a révélé que le rapport sur l'initiative d'amélioration de la qualité pour l'exercice 2023 n'avait pas été publié.

Sources : Site Web du foyer de soins de longue durée Bethany Lodge, entretien avec l'administrateur.

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 L 1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

AVIS ÉCRIT : Médecin-hygiéniste en chef et médecin-hygiéniste

Problème de conformité n° 012 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de l'article 272 du Règl. de l'Ont. 246/22

Médecin-hygiéniste en chef et médecin-hygiéniste

Article 272. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à assurer le respect de tous les ordres, ou conseils et toutes les directives, orientations ou recommandations applicables que formule le médecin-hygiéniste en chef ou le médecin-hygiéniste nommé en vertu de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel du foyer de soins de longue durée respecte les mesures de prévention des éclosions pour le personnel, consistant à ne pas prendre de repas ni boire dans un espace partagé conformément à la directive émise par le médecin-hygiéniste en chef.

Plus précisément, la section 7.10 des *Recommandations pour la prévention et le contrôle des éclosions dans les établissements et les lieux d'hébergement collectif* stipule que les membres du personnel qui sont des contacts étroits asymptomatiques ne doivent pas retirer leur masque lorsqu'ils sont en présence d'autres membres du personnel afin de réduire l'exposition de leurs collègues (c.-à-d. ne pas prendre des repas ni boire dans un espace partagé, comme une salle de conférence ou une salle à manger).

Lors des observations de prévention et de contrôle des infections (PCI) dans une section accessible aux résidents pendant une éclosion de virus respiratoire syncytial (VRS), il a été noté qu'à deux reprises, le personnel du foyer de soins de longue durée avait consommé de la nourriture et des boissons dans le poste des infirmières.

Sources : Observations et entretien avec la personne responsable de la PCI.

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 L 1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 001 Fenêtres

Problème de conformité n° 013 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRS LD* (2021).

Non-respect : de l'article 19 du Règl. de l'Ont. 246/22

Fenêtres

Article 19. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque fenêtre du foyer qui ouvre sur l'extérieur et à laquelle ont accès les résidents soit dotée d'une moustiquaire et à ce qu'elle ne puisse pas être ouverte de plus de 15 centimètres.

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

1. Le titulaire de permis entreprendra une vérification complète de toutes les fenêtres de toutes les sections accessibles aux résidents afin de déterminer celles qui nécessitent une réparation ou un ajustement de la moustiquaire. Un registre de la vérification, comprenant la date à laquelle elle a été effectuée, les noms des employés qui ont effectué les vérifications et les fenêtres identifiées nécessitant des mesures correctives, sera conservé et fourni à l'inspectrice ou à l'inspecteur sur demande.
2. Toutes les fenêtres présentant des problèmes seront réparées de manière à ce que chaque fenêtre qui s'ouvre soit munie d'une moustiquaire entièrement fixée à la fenêtre et empêchant toute entrée ou sortie de quelque nature que ce soit. Le titulaire de permis devra conserver les registres de toutes les réparations effectuées, y compris l'emplacement de la fenêtre, les mesures correctives apportées, la date de la réparation et la personne responsable de l'achèvement des travaux. Ces registres doivent être conservés et présentés à l'inspectrice ou l'inspecteur sur demande.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

3. Une fois les réparations terminées, le titulaire de permis ou son représentant effectuera un examen de toutes les fenêtres identifiées nécessitant une réparation afin de s'assurer que les réparations ont été effectuées et qu'il n'y a pas de problèmes liés à la sécurité des personnes résidentes.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que toutes les fenêtres du foyer qui s'ouvrent soient munies d'une moustiquaire.

Au cours d'une première visite, l'inspectrice ou l'inspecteur a constaté les problèmes suivants concernant les fenêtres dans de nombreuses sections accessibles aux résidents :

- Les moustiquaires des sections accessibles aux résidents précisées n'étaient pas fixées aux fenêtres de l'aire commune, une fenêtre était ouverte sur l'extérieur au moment de l'observation.
- Chambre de personne résidente précisée : on a observé que la moustiquaire n'était pas entièrement fixée à la fenêtre.
- Section accessible aux résidents dans l'aire commune : on a observé que les moustiquaires n'étaient pas correctement fixées.
- Chambre de personne résidente précisée : on a constaté que la moustiquaire n'était pas correctement fixée et qu'un store était installé sur la partie supérieure de la moustiquaire, ce qui entraînait une augmentation de la pression sur la partie inférieure de la moustiquaire, qui se refermait en claquant lorsqu'elle était déplacée, créant ainsi un risque de piégeage.
- Les moustiquaires des sections accessibles aux résidents précisées dans l'aire commune n'étaient pas entièrement fixées aux fenêtres.
- Chambre de personne résidente précisée : on a constaté qu'elle était partiellement ouverte et que la moustiquaire n'était pas fixée à la fenêtre.

Des lacunes concernant les moustiquaires ont été relevées lors d'une inspection précédente du foyer de soins de longue durée, et un avis écrit a été émis 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 L 1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

15 octobre 2024. Au cours d'un entretien, l'administrateur a indiqué qu'il croyait comprendre que le gestionnaire des services environnementaux avait effectué toutes les réparations nécessaires aux fenêtres à la suite de l'inspection précédente.

Le fait de ne pas s'assurer que toutes les fenêtres pouvant être ouvertes soient équipées d'une moustiquaire entièrement fixée a entraîné un risque de blessure pour les personnes résidentes.

Sources : Rapport du titulaire de permis émis le 15 octobre 2024, observations, entretien avec l'administrateur.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 13 mars 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 L 1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

RENSEIGNEMENTS SUR LA RÉVISION/L'APPEL

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

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

La demande écrite de révision doit comprendre :

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

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

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Directeur

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

Si la signification se fait :

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

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

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

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

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

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

Commission d'appel et de révision des services de santé

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

Directeur

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

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