

## Rapport public initial

<b>Date d'émission du rapport :</b> 19 avril 2024	
<b>Numéro d'inspection :</b> 2024-1301-0002	
<b>Type d'inspection :</b> Plainte Incident critique Suivi	
<b>Titulaire de permis :</b> The Glebe Centre Incorporated	
<b>Foyer de soins de longue durée et ville :</b> Glebe Centre, Ottawa	
<b>Inspectrice principale/Inspecteur principal</b> Lisa Kluke (000725)	<b>Signature numérique de l'inspectrice/Signature numérique de l'inspecteur</b>
<b>Autres inspectrices ou inspecteurs</b> Margaret Beamish (000723)	

## RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu à la fois sur place et à distance aux dates suivantes : sur place du 6 au 9 février, du 12 au 16 février et du 20 au 23 février 2024, et à distance le 29 février et le 7 mars 2024.

L'inspection concernait :

- Le dossier : n° 00099878 – Suivi n° : 1 – OC n° 001 Règl. de l'Ont. 246/22, par. 20 (a), un système de communication bilatérale « aisément visible, accessible et utilisable par les résidents, le personnel et les visiteurs en tout temps ». Date d'échéance de conformité prolongée jusqu'au 31 janvier 2024.
- Le dossier : n° 00099876 – Suivi n° : 1 – OC n° 002 Règl. de l'Ont. 246/22, par. 20 (c), un système de communication bilatérale « qui permet d'annuler les appels uniquement au point d'activation ». Date d'échéance de conformité prolongée jusqu'au 31 janvier 2024.
- Le dossier : n° 00099877 – Suivi n° : 1 – OC n° 003 Règl. de l'Ont. 246/22, par. 20 (e), un système de communication bilatérale « disponible dans toute aire à laquelle ont accès les résidents ». Date d'échéance de conformité prolongée jusqu'au 31 janvier 2024.
- Le dossier : n° 00097003 concernant un incident d'une personne résidente manquante.
- Le dossier : n° 00097374 concernant un incident ayant causé des ecchymoses inexplicables à une personne résidente.

**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 d'Ottawa**

347, rue Preston, bureau 410  
Ottawa (Ontario) K1S 3J4  
Téléphone : 877 779-5559

- Les dossiers : n° 00099118 et n° 00101576 concernant la prévention des chutes.
- Le dossier : n° 00105955 concernant un incident d'allégations de mauvais traitements envers une personne résidente.
- Les dossiers : n° 00106826 et n° 00109601 concernant des incidents de déclarations d'éclosions dans le foyer.
- Le dossier : n° 00107221 concernant une personne plaignante ayant des préoccupations liées aux soins et aux services.
- Le dossier : n° 00096518 concernant une personne plaignante ayant des préoccupations liées au processus de présélection.
- Le dossier : n° 00107685 concernant une personne plaignante ayant des préoccupations liées aux pratiques de prévention et contrôle des infections (PCI).

## Ordres de conformité délivrés antérieurement

L'inspection **N'A PAS** établi la conformité aux ordres de conformité suivants délivrés antérieurement :

Ordre de conformité n° 001 émis dans le cadre de l'inspection n° 2023-1301-0004 lié au Règl. de l'Ont. 246/22, par. 20 (a) inspecté par Lisa Kluge (000725)

Ordre de conformité n° 002 émis dans le cadre de l'inspection n° 2023-1301-0004 lié au Règl. de l'Ont. 246/22, par. 20 (c) inspecté par Lisa Kluge (000725)

Ordre de conformité n° 003 émis dans le cadre de l'inspection n° 2023-1301-0004 lié au Règl. de l'Ont. 246/22, par. 20 (e) inspecté par Lisa Kluge (000725)

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

- Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
- Prévention et contrôle des infections
- Foyer sûr et sécuritaire
- Prévention des mauvais traitements et de la négligence
- Personnel, formation et normes de soins
- Prévention et gestion des chutes

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

## AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité n° 001 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 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 deux personnes résidentes spécifiques soient réévaluées et à ce que leur programme de soins soit examiné et révisé lorsque leurs besoins ont changé.

Justification et résumé :

A-

Le directeur a reçu un rapport d'incident critique concernant une personne résidente qui, après une chute, a été hospitalisée, ce qui a entraîné une blessure et un changement significatif de son état. Cette personne résidente a dû subir une intervention médicale qui a nécessité une mesure d'intervention infirmière, lors de son retour au foyer de soins de longue durée, et qui a entraîné des changements dans l'état de son fonctionnement physique.

D'après l'examen du programme de soins de cette personne résidente après son retour de l'hôpital, il s'avère que le programme de soins n'a pas été examiné ou révisé de manière à refléter les besoins de soins posthospitaliers de cette personne résidente ainsi que l'évaluation requise.

La directrice ou le directeur des soins et la coordonnatrice ou le coordonnateur des programmes de soins infirmiers ont indiqué qu'ils n'avaient pas trouvé de programme de soins actualisé de manière à refléter les changements liés à la prestation des soins dont avait besoin la personne résidente après son retour d'une hospitalisation liée à une chute avec blessure, conformément aux exigences.

Le fait de ne pas avoir mis à jour le programme de soins de la personne résidente après une chute avec blessure a entraîné un risque important d'inconfort ou de

**Ministère des Soins de longue durée**Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée**District d'Ottawa**347, rue Preston, bureau 410  
Ottawa (Ontario) K1S 3J4  
Téléphone : 877 779-5559

blessure pour la personne résidente, et les besoins spécifiques d'évaluation infirmière relativement à une mesure d'intervention postopératoire ont entraîné un risque important de détérioration ou d'infection pour cette personne.

Sources : dossiers de soins de la personne résidente et entretiens avec la directrice ou le directeur des soins et la coordonnatrice ou le coordonnateur des programmes de soins infirmiers. [000725]

Justification et résumé :

B-

Une autre personne résidente a déclaré que le nouveau personnel du foyer ne semblait pas connaître son programme de soins concernant ses besoins de transfert et de positionnement en raison de son état de santé.

Une personne préposée aux services de soutien à la personne (PSSP) et une infirmière auxiliaire autorisée ou un infirmier auxiliaire autorisé (IIA) ont indiqué que le programme de soins de la personne résidente devait être mis à jour en fonction de l'évolution de ses besoins en matière de transfert.

La PSSP a indiqué avoir échangé avec la personne résidente au sujet de ses préoccupations concernant la mesure d'intervention actuelle en matière de transfert qui ne répondait pas à ses besoins de plus en plus importants.

Les notes d'évolution relatives à cette personne résidente indiquent que quelques semaines auparavant, il avait été évalué qu'elle avait besoin d'une aide accrue de la part du personnel faisant intervenir un appareil de transfert spécifique pour tous les transferts et que cela avait été communiqué le jour même au personnel infirmier autorisé qui s'occupait de l'unité de la personne résidente.

Le fait de ne pas communiquer au personnel de soins directs les besoins appropriés d'une personne résidente en matière de transfert peut entraîner un transfert inadéquat de la personne résidente ainsi que des blessures à son endroit.

Sources : observations des personnes résidentes, entretiens avec une PSSP et une ou un IAA, et examen des dossiers médicaux. [000725]

## **AVIS ÉCRIT : Politique visant le recours minimal à la contention, etc.**

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

### **Non-respect de : l'alinéa 33 (1) (a) de la LRSLD (2021)**

Politique de réduction au minimum de l'utilisation de la contention sur les résidents, etc.

Al. 33 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit,

(a) une politique écrite est adoptée pour réduire au minimum l'utilisation de la contention sur les résidents et garantir que toute utilisation nécessaire de la contention se fait conformément à la présente loi et aux règlements.

Le titulaire du permis n'a pas veillé à ce qu'il y ait une politique écrite visant à réduire au minimum l'utilisation de la contention sur les personnes résidentes et à garantir que toute utilisation nécessaire de la contention se fasse conformément à la Loi et aux règlements.

Justification et résumé :

La coordonnatrice ou le coordonnateur des programmes de soins infirmiers (CPSI) a transmis par courriel à l'inspectrice sa politique relative à la réduction au minimum de l'utilisation de la contention physique et a indiqué être en train de revoir sa politique et ses procédures dans le foyer, y compris cette politique sur la contention, car elle n'était plus à jour.

La politique et la procédure du foyer sur la réduction au minimum de l'utilisation de la contention physique faisaient référence à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* et à l'article 109 du Règlement de l'Ontario 79/10, dans le cas de la politique. La *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* et le Règlement de l'Ontario 246/22 sont entrés en vigueur le 11 avril 2022, pour que le foyer puisse fonder sa politique et ses procédures sur ces nouveaux textes.

L'absence de référence à la législation actuelle présente des risques potentiels pour la sécurité des personnes résidentes en ce qui concerne l'utilisation des moyens de contention et la manière dont ceux-ci sont gérés dans le foyer.

Sources : entretien avec la ou le CPSI et examen de la politique et des procédures du foyer concernant la réduction au minimum de l'utilisation de la contention physique. [000725]

## **AVIS ÉCRIT : Conditions du permis**

Problème de conformité n° 003 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

### **Non-respect du : paragraphe 104 (4) de la LRSLD (2021)**

Conditions du permis

Par. 104 (4) Le titulaire de permis se conforme aux conditions dont est assorti le permis.

Le titulaire de permis n'a pas respecté l'ordre de conformité (CO) n° 003 de l'inspection n° 2023\_1301\_0004 émis le 19 octobre 2023, avec une date d'échéance de conformité fixée au 31 janvier 2024.

L'équipement requis pour utiliser le système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel (SCBPRP) n'était pas disponible dans toutes les zones accessibles aux personnes résidentes.

Bien que ce soit une obligation, aucun processus n'a été élaboré pour assurer la disponibilité du SCBPRP dans toutes les zones accessibles par les personnes résidentes sans qu'une personne résidente ou un membre du personnel infirmier de soins directs ne porte un dispositif, étant donné que le SCBPRP n'était pas installé de manière fixe dans certaines zones du foyer.

Bien que ce soit une obligation, le processus de vérification n'a pas été mené à bien ni documenté conformément aux exigences.

Justification et résumé :

L'inspectrice a noté qu'il n'y avait pas de SCBPRP disponible dans la salle d'activités d'une zone spécifique du foyer, dans deux zones au rez-de-chaussée et dans une pièce se trouvant dans une autre zone du foyer.

La ou le gestionnaire de l'architecture des bâtiments (GAB) a confirmé à une

inspectrice que son SCBPRP n'avait pas été installé dans toutes les zones accessibles aux personnes résidentes, notamment dans certaines salles de bain/douche, dans les patios, dans une cour et dans un certain nombre de zones communes figurant sur la liste des défaillances du foyer. L'installation du SCBPRP a été partiellement corrigée dans sept des huit zones du foyer. Toutefois, il a été décidé de ne pas activer ces sept zones tant que l'ensemble du foyer n'était pas équipé d'un SCBPRP et que tout le personnel n'avait pas reçu une formation à ce sujet.

La ou le GAB a expliqué ne pas avoir documenté trois vérifications hebdomadaires en alternant les zones du foyer pour vérifier que le SCBPRP était en place et permettait d'activer un appel à l'aide, car son système n'était pas fonctionnel.

Ainsi, le foyer n'a pas respecté l'ordre de conformité n° 003 concernant la présence d'un SCBPRP accessible dans toute aire à laquelle ont accès les personnes résidentes, conformément aux exigences. Cette situation présente un risque pour la santé, la sécurité et la qualité de vie des personnes résidentes, car les personnes résidentes, le personnel et les visiteurs n'étaient pas tous en mesure d'accéder au SCBPRP et de l'utiliser pour demander de l'aide depuis les zones en question.

Sources : observations des zones du foyer, entretiens avec la ou le GAB et examen des dossiers. [000725]

### **Un avis de pénalité administrative est délivré dans le cadre du présent avis de pénalité administrative écrit n° 001**

#### **AVIS DE PÉNALITÉ ADMINISTRATIVE (APA)**

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

#### **Avis de pénalité administrative APA n° 001**

#### **Lié à l'ordre de conformité n° 003**

En vertu de l'article 158 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*, le titulaire de permis doit payer une pénalité administrative de 1 100 \$, à verser dans les 30 jours suivants la date de la facture.

Conformément aux paragraphes 349 (6) et (7) du Règl. de l'Ont. 246/22, la pénalité administrative est infligée parce que le titulaire de permis ne s'est pas conformé à un ordre donné en vertu de l'article 155 de la Loi.

**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 d'Ottawa**

347, rue Preston, bureau 410  
Ottawa (Ontario) K1S 3J4  
Téléphone : 877 779-5559

**Historique de la conformité :**

Non-conformité antérieure établie lors de l'inspection n° 2023\_1301\_0004 concernant l'ordre de conformité (OC) n° 003 lié au paragraphe 20 (e), émis au titulaire de permis le 19 octobre 2023, avec deux demandes de prolongation accordées et une date d'échéance de conformité fixée au 31 janvier 2024.

Il s'agit de la première pénalité administrative émise à l'encontre du titulaire de permis pour le non-respect de cette exigence.

La facture et les renseignements relatifs au paiement seront envoyés par courrier après la livraison de cet avis.

Les titulaires de permis ne doivent pas payer une pénalité administrative à partir d'une enveloppe de financement des soins aux personnes résidentes fournie par le ministère [c.-à-d., soins infirmiers et personnels (SIP); services de programmes et de soutien (SPS); et aliments crus (AC)]. En soumettant un paiement au ministre des Finances, le titulaire de permis atteste qu'il a utilisé des fonds ne faisant pas partie de l'enveloppe pour les soins aux personnes résidentes afin de payer l'APA.

**AVIS ÉCRIT : Conditions du permis**

Problème de conformité n° 004 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

**Non-respect du : paragraphe 104 (4) de la LRSLD (2021)**

Conditions du permis

Par. 104 (4) Le titulaire de permis se conforme aux conditions dont est assorti le permis.

Le titulaire de permis n'a pas respecté l'ordre de conformité (CO) n° 001 de l'inspection n° 2023\_1301\_0004 émis le 19 octobre 2023, avec une date d'échéance de conformité fixée au 31 janvier 2024.

Le système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel (SCBPRP) requis n'a pas été mis en place de manière à ce que les personnes résidentes, le personnel et les visiteurs puissent aisément le voir, y accéder et l'utiliser en tout temps.

Le SCBPRP requis n'était pas accessible dans toutes les aires de soins aux personnes résidentes sans qu'une personne résidente ou un membre du 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 d'Ottawa**347, rue Preston, bureau 410  
Ottawa (Ontario) K1S 3J4  
Téléphone : 877 779-5559

infirmier de soins directs présent ne soit tenu de porter un dispositif, étant donné que le SCBPRP n'était pas installé de manière fixe dans certaines aires de soins aux personnes résidentes.

Les renseignements requis sur la disponibilité du SCBPRP dans toutes les aires accessibles n'ont pas été communiqués à l'ensemble du personnel, des personnes résidentes et des visiteurs.

Le processus de vérification requis n'a pas été élaboré ou terminé, notamment la documentation des vérifications et de l'ensemble des mesures correctives et des résultats s'y rattachant.

**Justification et résumé :**

La ou le gestionnaire de l'architecture des bâtiments (GAB) a indiqué avoir entrepris de raccorder son SCBPRP par câble aux dispositifs du SCBPRP de Tenera. Le but était de répondre au besoin de rendre le SCBPRP aisément visible, accessible et utilisable par les personnes résidentes, le personnel et les visiteurs. La ou le GAB a indiqué que le raccordement n'avait pas été effectué dans l'une des huit zones de la maison, outre le fait que plusieurs défaillances dans certaines zones de la maison n'avaient pas encore été corrigées. La ou le GAB a indiqué que les autres membres du personnel du service ne disposaient pas d'appareils mobiles ou de dispositifs portables en raison de leur coût, mais qu'ils devaient localiser une personne résidente ou un membre du personnel disposant d'un dispositif portable pour demander de l'aide. Les visiteurs et le personnel, autre que le personnel infirmier de soins directs, n'avaient pas tous accès à un SCBPRP aisément visible, accessible et utilisable en tout temps, conformément aux exigences.

Dans l'une des zones du foyer accessibles aux personnes résidentes, deux PSSP prodiguaient des soins à deux personnes résidentes différentes, mais elles ne sont pas parvenues à libérer la communication, que ce soit sur l'un ou sur l'autre de leurs appareils mobiles. L'une des PSSP a signalé des problèmes d'accès à Internet concernant la chambre spécifique d'une personne résidente et une autre PSSP a indiqué qu'il n'y avait pas d'Internet dans la chambre d'une autre personne résidente, ce qui signifie que les PSSP ne pouvaient pas libérer leurs appels au point d'activation ou à proximité de ces personnes résidentes tant qu'il n'y avait pas d'accès à Internet. La ou le GAB et un membre du personnel informatique ont indiqué que, puisque le problème ne concernait pas les appareils mobiles ou les

**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 d'Ottawa**347, rue Preston, bureau 410  
Ottawa (Ontario) K1S 3J4  
Téléphone : 877 779-5559

dispositifs portables du personnel, il était peut-être lié aux balises qui assurent la transmission du signal au SCBPRP. Ces balises se trouvaient dans chaque chambre de personne résidente et dans les zones du foyer occupées par les personnes résidentes. La ou le GAB a ensuite constaté qu'il manquait des transformateurs dans les chambres de ces personnes résidentes et que ces transformateurs n'étaient pas branchés sur une prise électrique comme il se doit. La ou le GAB a indiqué que ces transformateurs devaient être branchés près de chaque balise, car ils étaient essentiels au bon fonctionnement du SCBPRP. La ou le GAB ignore si c'est ce qui a causé le problème d'accès à l'Internet dans les chambres des personnes résidentes, mais le problème de libération des appels du SCBPRP a été réglé dans le cas de ces personnes résidentes.

Une PSSP a indiqué recharger les dispositifs portables du SCBPRP au poste de soins infirmiers pour trois personnes résidentes. Ces personnes résidentes n'avaient pas reçu de dispositif portable de remplacement pour le SCBPRP, car il était impossible d'utiliser d'autres dispositifs pour elles, les dispositifs étant tous programmés spécifiquement pour chaque personne résidente. Ces personnes résidentes ne disposaient donc pas d'un SCBPRP aisément visible, accessible ou utilisable à ce moment-là. La ou le GAB a indiqué que les dispositifs portables du SCBPRP des personnes résidentes étaient censés être rechargés à l'heure du repas, à un moment où la surveillance du personnel est constante et où d'autres dispositifs du SCBPRP sont accessibles pour procéder, au besoin, à appel d'urgence, conformément aux exigences. Le titulaire de permis avait élaboré un processus et défini des attentes en matière de soins infirmiers, mais la ou le GAB a réalisé qu'ils ne précisaient pas le moment ou l'horaire auquel ces dispositifs portables devaient être chargés. Les appareils mobiles étaient censés être rechargés pendant le quart de nuit, quand le personnel infirmier est moins nombreux dans le bâtiment. Une autre PSSP a signalé à une inspectrice que son appareil mobile était complètement chargé au début de son service et que trois heures et demie plus tard, il n'avait plus qu'une charge minimale et devait être rechargé.

Une PSSP a indiqué que quatre personnes résidentes dans une autre zone du foyer ne portaient aucun dispositif portable ni aucun système de remplacement ou de recharge. La ou le GAB a indiqué, le lendemain, savoir qu'il était difficile de convaincre ces personnes résidentes de porter les dispositifs du SCBPRP. C'est pourquoi le foyer est revenu à un SCBPRP filaire, disponible dans chaque zone commune accessible aux personnes résidentes, ainsi que dans les chambres, les

toilettes et les salles de bain des personnes résidentes, comme c'était le cas avant l'installation du nouveau SCBPRP.

La ou le GAB a indiqué que la formation au SCBPRP comprenait une session de formation en cours d'emploi et un examen de la politique et des procédures en lien avec le SCBPRP. Ces deux volets devaient permettre au personnel d'obtenir une formation complète sur le SCBPRP. La ou le GAB a indiqué que cette formation était toujours en cours et que plusieurs membres du personnel du foyer ne l'avaient pas suivie, contrairement aux exigences.

Le foyer n'était donc pas équipé d'un SCBPRP facilement visible, accessible et utilisable par les personnes résidentes, le personnel et les visiteurs. Le système ne fonctionnait pas non plus correctement, ce qui présentait un risque important pour la santé et la sécurité des personnes résidentes, car la capacité de tous les utilisateurs à appeler à l'aide en cas de besoin ne pouvait pas être garantie.

Sources : entretiens avec quatre PSSP, la ou le GAB, un membre du personnel informatique, observations des chambres des personnes résidentes, des salles de bains et des zones communes accessibles, observations de huit personnes résidentes et examen du contenu de la formation, des échanges par courriel concernant le SCBPRP, des documents relatifs aux vérifications, et de la politique et des procédures en lien avec le SCBPRP. [000725]

**Un avis de pénalité administrative est délivré dans le cadre du présent avis de pénalité administrative écrit n° 002**

**AVIS DE PÉNALITÉ ADMINISTRATIVE (APA)**

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

**Avis de pénalité administrative APA n° 002**

**Lié à l'ordre de conformité n° 004**

En vertu de l'article 158 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*, le titulaire de permis doit payer une pénalité administrative de 1 100 \$, à verser dans les 30 jours suivants la date de la facture.

Conformément aux paragraphes 349 (6) et (7) du Règl. de l'Ont. 246/22, la pénalité administrative est infligée parce que le titulaire de permis ne s'est pas conformé à un ordre donné en vertu de l'article 155 de la Loi.

**Historique de la conformité :**

Non-conformité antérieure établie lors de l'inspection n° 2023-1301-0004 concernant l'ordre de conformité (OC) n° 001 lié au paragraphe 20 (a), émis au titulaire de permis le 19 octobre 2023, avec deux demandes de prolongation accordées et une date d'échéance de conformité fixée au 31 janvier 2024.

Il s'agit de la première pénalité administrative émise à l'encontre du titulaire de permis pour le non-respect de cette exigence.

La facture et les renseignements relatifs au paiement seront envoyés par courrier après la livraison de cet avis.

Les titulaires de permis ne doivent pas payer une pénalité administrative à partir d'une enveloppe de financement des soins aux personnes résidentes fournie par le ministère [c.-à-d., soins infirmiers et personnels (SIP); services de programmes et de soutien (SPS); et aliments crus (AC)]. En soumettant un paiement au ministre des Finances, le titulaire de permis atteste qu'il a utilisé des fonds ne faisant pas partie de l'enveloppe pour les soins aux personnes résidentes afin de payer l'APA.

**AVIS ÉCRIT : Conditions du permis**

Problème de conformité n° 005 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

**Non-respect du : paragraphe 104 (4) de la LRSLD (2021)**

Conditions du permis

Par. 104 (4) Le titulaire de permis se conforme aux conditions dont est assorti le permis.

Le titulaire de permis n'a pas respecté l'ordre de conformité (CO) n° 002 de l'inspection n° 2023\_1301\_0004 émis le 19 octobre 2023, avec une date d'échéance de conformité fixée au 31 janvier 2024.

Le système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel (SCBPRP) obligatoire, qui permet d'annuler les appels uniquement au point d'activation, n'a pas été entièrement développé ou mis en œuvre.

La formation sur ces procédures d'annulation des appels uniquement au point d'activation n'a pas été dispensée à l'ensemble du personnel, contrairement à ce qui est exigé.

Le processus de vérification requis et les mesures correctives exigées aux termes de ce paragraphe n'ont pas été élaborés ni entièrement mis en œuvre.

Justification et résumé :

Au cours de cette inspection, une inspectrice a effectué des observations en lien avec le SCBPRP dans trois zones spécifiques du foyer. L'inspectrice a observé que le personnel infirmier avait du mal à répondre aux appels des personnes résidentes sur leurs appareils mobiles. Compte tenu de leurs appareils mobiles et selon les renseignements fournis par le personnel infirmier, les membres du personnel étaient censés disposer d'un rayon de deux mètres pour libérer les appels des personnes résidentes sur leur SCBPRP. L'inspectrice a constaté que les membres du personnel infirmier des zones accessibles aux personnes résidentes peinaient à utiliser leurs appareils mobiles pour libérer les appels dans ces zones à cause de problèmes techniques.

La ou le gestionnaire de l'architecture des bâtiments (GAB) a indiqué que les appels ne pouvaient plus être annulés, à moins d'être au chevet de la personne résidente. La ou le GAB a indiqué avoir mis en place un rayon de deux mètres autour de la personne résidente ou du dispositif dont provenait l'appel. La ou le GAB n'a pas compris qu'un rayon de deux mètres ne serait pas considéré comme le point d'activation. La législation indique que l'appel ne peut être annulé qu'au point d'activation, ce que le titulaire de permis a considéré comme étant le dispositif portable. Autrement dit, les appels ne pouvaient être annulés qu'à partir du dispositif portable.

La ou le GAB a indiqué que la formation à sa politique et à ses procédures en matière de SCBPRP n'était pas terminée ni documentée pour l'ensemble du personnel.

L'inspectrice a examiné les vérifications qui, selon la ou le GAB, n'avaient pas été effectuées ou documentées conformément aux exigences.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que le SCBPRP du foyer permette d'annuler les appels uniquement au point d'activation a constitué un risque pour la santé et la sécurité des personnes résidentes.

Sources : observations et entretiens avec le personnel infirmier dans les zones du foyer accessibles aux personnes résidentes concernant le système de communication bilatérale et l'annulation des appels à partir du système de communication bilatérale au point d'activation, entretiens avec la ou le GAB et examen des dossiers, notamment du plan de conformité relatif à l'OC n° 002. [000725]

**Un avis de pénalité administrative est délivré dans le cadre du présent avis de pénalité administrative écrit n° 003**

### **AVIS DE PÉNALITÉ ADMINISTRATIVE (APA)**

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

**Avis de pénalité administrative APA n° 003**

**Lié à l'ordre de conformité n° 005**

En vertu de l'article 158 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*, le titulaire de permis doit payer une pénalité administrative de 1 100 \$, à verser dans les 30 jours suivants la date de la facture.

Conformément aux paragraphes 349 (6) et (7) du Règl. de l'Ont. 246/22, la pénalité administrative est infligée parce que le titulaire de permis ne s'est pas conformé à un ordre donné en vertu de l'article 155 de la Loi.

#### **Historique de la conformité :**

Non-conformité antérieure établie lors de l'inspection n° 2023\_1301\_0004 concernant l'ordre de conformité (OC) n° 002 lié au paragraphe 20 (c), émis au titulaire de permis le 19 octobre 2023, avec deux demandes de prolongation accordées et une date d'échéance de conformité fixée au 31 janvier 2024.

Il s'agit de la première pénalité administrative émise à l'encontre du titulaire de permis pour le non-respect de cette exigence.

La facture et les renseignements relatifs au paiement seront envoyés par courrier après la livraison de cet avis.

Les titulaires de permis ne doivent pas payer une pénalité administrative à partir d'une enveloppe de financement des soins aux personnes résidentes fournie par le ministère [c.-à-d., soins infirmiers et personnels (SIP); services de programmes et de soutien (SPS); et aliments crus (AC)]. En soumettant un paiement au ministre des Finances, le titulaire de permis atteste qu'il a utilisé des fonds ne faisant pas partie

de l'enveloppe pour les soins aux personnes résidentes afin de payer l'APA.

## AVIS ÉCRIT : Programmes obligatoires

Problème de conformité n° 006 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

### Non-respect de : l'alinéa 53 (1) 1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programmes obligatoires

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

1. Un programme de prévention et gestion des chutes visant à réduire l'incidence des chutes et le risque de blessure.

Le titulaire de permis n'a pas respecté son programme de prévention et de gestion des chutes lorsqu'une personne résidente a fait une chute sans témoin et s'est blessée.

Conformément à l'alinéa 11 (1) (b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire du permis doit s'assurer que les chutes sans témoin donnent lieu à une évaluation du traumatisme crânien par le personnel infirmier autorisé, conformément au programme mis en place.

Plus précisément, le personnel infirmier autorisé ne s'est pas conformé à la politique n° 11.00.00 intitulée « *Falls Prevention and Management Policy* » (Politique de prévention et gestion des chutes), révisée en mars 2023, qui était incluse dans le programme de prévention des chutes du titulaire de permis.

Justification et résumé :

Une personne résidente s'est blessée à la suite d'une chute dont nul n'a été témoin. Le personnel infirmier ne s'est pas conformé à la politique et à la procédure qui auraient dû s'appliquer à cette personne résidente en raison de sa chute sans témoin.

Plus précisément, la politique de prévention et gestion des chutes du foyer indique que lorsque les personnes résidentes subissent une blessure avec témoin ou font une chute sans témoin, le personnel infirmier autorisé doit procéder à des évaluations spécifiques dans l'outil Point Click Care (PCC).

L'inspectrice a examiné les dossiers papier des évaluations spécifiques dans la zone

du foyer de la personne résidente qui ont été remplis pour la personne résidente en question, ainsi que les dossiers électroniques dans le PCC, et aucun document d'évaluation spécifique n'a été trouvé relativement à la chute de cette personne résidente.

Une ou un IIA a confirmé que ces évaluations spécifiques ont été réalisées sur papier au moment de cette chute dont personne n'a été témoin, étant donné que le processus venait tout juste d'être mis en place dans le PCC. Cette ou cet IIA a indiqué n'avoir pas pu trouver de document concernant ces évaluations pour cette personne résidente entre le moment de sa chute et une heure et quart plus tard, lorsque celle-ci s'est rendue à l'hôpital.

Le fait de ne pas procéder aux évaluations requises à l'égard de cette personne résidente a entraîné un risque de détérioration de son état, ce qui est passé inaperçu après qu'elle se soit blessée lors d'une chute.

Sources : examen des dossiers médicaux de la personne résidente, de la politique n° 11.00.00 intitulée « *Falls Prevention and Management Policy* » (Politique de prévention et gestion des chutes) du foyer, révisée en août 2023, et entretien avec une ou un IAA. [000725]

## **AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies**

Problème de non-conformité n° 007 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

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

Soins de la peau et des plaies

S.-al. 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 :

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



**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 d'Ottawa**347, rue Preston, bureau 410  
Ottawa (Ontario) K1S 3J4  
Téléphone : 877 779-5559

Le titulaire du permis n'a pas veillé à ce que cette personne résidente fasse l'objet d'une évaluation spécifique réalisée par un membre du personnel infirmier autorisé à une date spécifique, au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour ce type d'évaluation.

**Justification et résumé :**

Le titulaire de permis a soumis un rapport d'incident critique concernant une personne résidente qui, à la suite d'une chute, a dû recevoir des soins médicaux externes, ce qui a entraîné un changement important de son état de santé. Cette personne résidente était considérée comme présentant un risque élevé de chute et a subi une blessure qui a nécessité une mesure d'intervention médicale spécifique.

Aucune évaluation spécifique n'a été réalisée concernant cette altération de l'intégrité de la peau, contrairement aux exigences. Aucune documentation n'a été identifiée dans les notes d'évolution concernant l'état de la blessure de la personne résidente à son retour du lieu externe où elle a reçu un traitement médical.

Une infirmière auxiliaire autorisée ou un infirmier auxiliaire autorisé (IAA) a indiqué que le programme de soins n'avait pas été mis à jour de façon à refléter les blessures de la personne résidente ou les mesures d'intervention prises à son endroit, que ce soit dans son programme de soins ou dans son *Electronic Treatment Assessment Record* (eTAR) (dossier numérique d'administration du traitement), comme il se doit.

La coordonnatrice ou le coordonnateur des programmes de soins infirmiers (CPSI) a indiqué que cette personne résidente aurait dû être évaluée à son retour au foyer, après la mesure d'intervention médicale. Cette évaluation aurait dû être ajoutée à l'eTAR de la personne résidente aux fins du suivi infirmier et ajoutée à son programme de soins.

Le fait de ne pas avoir évalué la blessure de cette personne résidente et de ne pas avoir mis à jour son programme de soins a entraîné un risque de détérioration et d'infection.

Sources : Examen des dossiers médicaux de la personne résidente et entretiens avec une ou un IAA et la ou le CPSI. [000725]

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

Problème de conformité n° 008 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

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

Programme de prévention et de contrôle des infections

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

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

Le titulaire de permis n'a pas mis en œuvre une norme que le directeur a émise à l'égard de la prévention et du contrôle des infections. Plus précisément, le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel retire l'équipement de protection individuelle (ÉPI) approprié, conformément à la Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée (avril 2022). Plusieurs membres du personnel n'ont pas retiré l'ÉPI requis, conformément à l'exigence additionnelle énoncée aux alinéas 9.1 (e) et (f) de la Norme de PCI concernant les précautions supplémentaires.

Justification et résumé :

A-

L'inspectrice a observé, pendant une période prolongée, des membres du personnel sortir des chambres de plusieurs personnes résidentes. Ces membres du personnel, observés à la sortie des chambres, ont enlevé leurs gants et leurs blouses, puis ont procédé à l'hygiène des mains. Ces membres du personnel n'ont pas changé leur masque ni nettoyé leur protection oculaire.

Deux personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP) et une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé (IA) ont déclaré avoir été informés qu'ils n'avaient pas à changer leur masque ni à nettoyer leur protection oculaire dans le cadre du processus de retrait de l'équipement de protection individuelle pour les chambres de personnes résidentes faisant l'objet de ce type de précautions renforcées.

Lors d'un entretien avec la ou le gestionnaire de la PCI, celui-ci a déclaré que le carrefour de PCI avait fourni des instructions et une formation au foyer selon

lesquelles le personnel ne devait changer de masque que toutes les quatre heures ou lorsque celui-ci était visiblement souillé, au sortir d'une pièce faisant l'objet de ce type de précautions renforcées dans une zone touchée par une épidémie.

Environ trois heures plus tard, un membre du personnel du carrefour de PCI a confirmé à l'inspectrice que la meilleure pratique pour retirer l'ÉPI dans le cadre de ces précautions renforcées consistait à changer le masque et à nettoyer ou à jeter leur protection oculaire. Le membre du personnel du carrefour de PCI a déclaré qu'il y avait peut-être eu une erreur de communication dans la formation que l'équipe du carrefour de PCI avait dispensée au foyer.

Ainsi, le fait de ne pas retirer l'ÉPI de manière appropriée pour les personnes résidentes faisant l'objet de ce type de précautions renforcées a augmenté le risque de transmission de maladies entre les personnes résidentes et le personnel.

Sources : observations à une date spécifique, entretiens avec deux PSSP, une ou un IA, le ou la responsable de la PCI et un membre du personnel du carrefour de PCI. [000723]

Justification et résumé :

B-

À une autre date spécifique, une inspectrice a constaté qu'il n'y avait pas de contenants de lingettes désinfectantes dans les chariots d'ÉPI dans le cas de quatre chambres de personnes résidentes faisant l'objet d'un type spécifique de précautions renforcées.

Il a été observé qu'une PSSP entrait dans la chambre d'une personne résidente faisant l'objet de précautions renforcées pour y servir des collations sans porter de gants, ce qui est contraire aux exigences. Cette PSSP a été observée en train de quitter la chambre de cette personne résidente et ne pas changer son masque ou sa visière conformément aux exigences. La PSSP a indiqué à une inspectrice qu'elle ne pensait pas devoir porter un équipement de protection individuelle (ÉPI) complet lorsqu'elle donnait un verre de liquide à ces personnes résidentes. Elle a également indiqué avoir oublié de changer de masque ou de désinfecter sa visière. Cette PSSP s'est alors rendue dans la chambre d'une autre personne résidente qui faisait l'objet d'un type spécifique de précautions renforcées et la PSSP n'a pas été en mesure de désinfecter ou de changer sa visière conformément aux exigences, car il n'y avait

pas de contenant de lingettes désinfectantes dans son chariot d'ÉPI. La PSSP s'est ensuite rendue dans la chambre de la précédente personne résidente, car il y avait un contenant de lingettes désinfectantes à l'entrée de la porte, mais celui-ci était vide.

À cette même date, une technicienne ou un technicien de laboratoire a été observé en train de quitter la chambre d'une personne résidente faisant l'objet d'un certain type de précautions renforcées et il n'a ni changé ni désinfecté sa visière. La technicienne ou le technicien de laboratoire a indiqué savoir qu'il devait changer ou désinfecter sa visière en sortant de la chambre d'une personne résidente, mais qu'il n'y avait pas d'ÉPI disponible dans le chariot d'ÉPI de cette chambre lui permettant de le faire.

Le fait de ne pas disposer de l'ÉPI approprié dans chaque chariot de chambre en isolement présentait un risque important de transmission de bactéries aux autres membres du personnel et aux personnes résidentes dans la zone du foyer concernée.

Sources : observations dans une zone spécifique du foyer et entretiens avec une PSSP et une technicienne ou un technicien de laboratoire. [000725]

Le titulaire de permis n'a pas mis en œuvre la Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) émise par le directeur relativement aux mesures de prévention et de contrôle des infections dans les situations nécessitant des précautions supplémentaires.

Justification et résumé :

C-

À une autre date spécifique, une inspectrice s'est rendue à l'entrée d'une autre zone du foyer accessible aux résidents et a constaté la présence d'une affiche sur la porte d'entrée indiquant que le foyer était touché par une épidémie d'un type particulier et qu'il était demandé au personnel et aux visiteurs de porter un masque N95 et une protection oculaire lorsqu'ils se trouvaient dans cette zone du foyer.

Une PSSP se trouvait dans la chambre d'une personne résidente pour répondre à l'appel de communication bilatérale provenant de la salle de bains commune. Cette

personne résidente faisait l'objet de précautions renforcées spécifiques et la PSSP n'a pas nettoyé son appareil mobile au sortir de la chambre, alors qu'elle l'avait utilisé à l'intérieur de la chambre et qu'elle l'avait placé sur la table de nuit de la personne résidente.

Cette PSSP a indiqué qu'elle aurait dû nettoyer son appareil mobile au sortir de cette pièce qui faisait l'objet d'un type spécifique de précautions renforcées, en utilisant des lingettes Accell. La PSSP a indiqué savoir qu'elle aurait dû essuyer son appareil mobile après l'avoir utilisé dans cette pièce, au titre des précautions contre les gouttelettes.

Le lendemain, le ou la responsable de la prévention et du contrôle des infections (PCI) du foyer a indiqué que, conformément à la formation dispensée, les membres du personnel infirmier étaient censés nettoyer tous les objets entrants et sortants des chambres de personnes résidentes faisant l'objet de précautions et utiliser des lingettes Accell pour nettoyer ces objets chaque fois qu'ils entraient et sortaient des chambres en isolement.

Le fait de ne pas désinfecter les appareils mobiles en sortant de pièces faisant l'objet de précautions contre les gouttelettes a entraîné un risque important de transmission de l'infection à d'autres personnes résidentes et au personnel du foyer.

Sources : observations dans l'unité Bankwood, entretiens avec une PSSP et une ou un responsable de la PCI. [000725]

## **AVIS ÉCRIT : Évaluation**

Problème de conformité n° 009 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

### **Non-respect du : paragraphe 106 (b) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Évaluation

Par. 106. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

(b) au moins une fois par année civile, il est procédé à une évaluation qui permet d'établir l'efficacité de la politique, visée à l'article 25 de la Loi, visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les

résidents et de formuler les modifications et améliorations qui s'imposent afin de prévenir les récidives;

Le titulaire du permis n'a pas veillé à ce qu'au moins une fois par année civile, il soit procédé à une évaluation qui permette d'établir l'efficacité de la politique, visée à l'article 25 de la Loi, visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes et de formuler les modifications et améliorations qui s'imposent afin de prévenir les récidives.

Justification et résumé :

La politique du titulaire de permis visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes indiquait que la dernière date de révision était novembre 2022. Lors de l'entretien avec la directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI), il a été confirmé que la politique avait été révisée/évaluée pour la dernière fois en novembre 2022, et qu'il n'y avait pas eu de révision en 2023.

Cette politique ne faisait donc pas l'objet d'un examen et d'une évaluation une fois par année civile, ce qui posait un risque pour la sécurité des personnes résidentes.

Sources : politique RC 4.00.00 intitulée « *Resident Abuse and Neglect Prevention* » (Prévention des mauvais traitements et de la négligence envers les personnes résidentes), révisée pour la dernière fois en novembre 2022, et entretien avec la ou le DSI. [000723]

## **AVIS ÉCRIT : Exigences : contention au moyen d'un appareil mécanique**

Problème de conformité n° 010 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

### **Non-respect de : l'alinéa 119 (1) 1) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Exigences : contention au moyen d'un appareil mécanique

Al. 119 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les exigences suivantes soient respectées lorsqu'un résident est maîtrisé au moyen d'un appareil mécanique en vertu de l'article 35 de la Loi ou conformément au devoir de common law prévu à l'article 39 de la Loi :

1. Le personnel a recours à l'appareil mécanique conformément aux instructions du fabricant.

Le titulaire du permis n'a pas veillé à ce que les exigences relatives à la contention d'une personne résidente au moyen d'un appareil mécanique en vertu de l'article 35 de la Loi soient respectées et à ce que le personnel ait recours à l'appareil mécanique conformément aux instructions du fabricant.

Justification et résumé :

À une certaine heure lors d'une date spécifique, une personne résidente était assise dans son fauteuil roulant avec une ceinture de sécurité attachée derrière elle. Le fermoir de la ceinture de sécurité a été observé à l'arrière du fauteuil roulant, avec un espacement de la ceinture autour de l'abdomen.

Le programme de soins actuel de la personne résidente indiquait qu'elle disposait d'une ceinture de contention faite sur mesure et qu'à chaque quart, le personnel devait appliquer sa ceinture abdominale. Le programme de soins indiquait également qu'il fallait s'assurer que la ceinture de contention soit appliquée lorsque la personne résidente était dans son fauteuil roulant.

Une note d'évolution à une date spécifique, provenant de l'outil de documentation électronique Point Click Care du foyer, indiquait qu'une ou un ergothérapeute et une vendeuse ou un vendeur avaient montré au personnel infirmier comment appliquer/retirer la ceinture de contention faite sur mesure.

Dans le dossier médical de la personne résidente, les instructions de l'ergothérapeute à la date spécifique indiquaient qu'une ceinture à fermeture arrière était prévue. Les instructions donnaient des indications précises sur la manière d'appliquer et d'ajuster la ceinture de sécurité autour de la personne résidente.

La coordonnatrice ou le coordonnateur des programmes de soins infirmiers a fourni les instructions du fabricant relatives à cette ceinture de contention abdominale, indiquant qu'il s'agissait d'un type particulier de ceinture de sécurité. Les instructions indiquaient que cette ceinture abdominale était destinée à positionner une personne dans un fauteuil roulant et non à être utilisée comme un appareil de contention personnel, auquel cas une éventuelle défectuosité de la ceinture pouvait entraîner des blessures. Un avertissement indiquait, en outre, que cette ceinture de support du bassin devait être portée bien ajustée sur le bassin ou les cuisses en tout temps.

D'après le pictogramme fourni dans les instructions, la façon dont la personne résidente portait sa ceinture abdominale pendant l'observation était incorrecte. En effet, la ceinture passait autour de l'abdomen et était attachée au montant arrière droit du fauteuil roulant plutôt qu'à la base rigide du siège ou au châssis du fauteuil roulant sous la hanche droite de la personne résidente, comme indiqué dans les instructions. Les instructions indiquaient que les points d'attache de la ceinture devaient être situés à ces endroits de sorte que la ceinture repose autour de la région pelvienne ou des cuisses de la personne résidente.

Le fait de ne pas fixer correctement cette ceinture de contention abdominale au bon endroit sur le châssis du fauteuil roulant présentait un risque de blessure pour la personne résidente. Les instructions indiquaient également que la ceinture n'était pas destinée à être utilisée comme un appareil de contention personnel.

Sources : observation d'une personne résidente assise dans son fauteuil roulant avec un appareil de contention, examen du dossier médical de la personne résidente et examen des instructions du fabricant relatives à cette ceinture de contention abdominale. [000725]

## **AVIS ÉCRIT : Exigences : contention au moyen d'un appareil mécanique**

Problème de conformité n° 011 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

### **Non-respect de : l'alinéa 119 (7) 6) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Exigences : contention au moyen d'un appareil mécanique

Al. 119 (7) Le titulaire de permis veille à ce que chaque utilisation d'un appareil mécanique pour maîtriser un résident en vertu de l'article 35 de la Loi soit documentée et, sans préjudice de la portée générale de la présente exigence, il veille à ce que les renseignements suivants soient documentés :

6. Toute évaluation, réévaluation et surveillance, y compris les réactions du résident.

Le titulaire du permis n'a pas veillé à respecter les exigences relatives à la documentation de l'évaluation, de la réévaluation et de la surveillance, y compris les



réactions de la personne résidente, lorsqu'une personne résidente est immobilisée par un appareil mécanique.

Justification et résumé :

Il a été observé qu'une personne résidente portait une ceinture de contention abdominale lorsqu'elle était assise dans son fauteuil roulant. Cet appareil de contention apparaissait dans son programme de soins comme étant une mesure d'intervention prise à des fins de prévention des chutes, après la dernière chute de la personne résidente ayant entraîné une blessure. La personne résidente présentait un risque élevé de chute et avait déjà fait plusieurs chutes dans le foyer.

Une inspectrice a examiné la surveillance effectuée par le personnel infirmier autorisé relativement à cette ceinture de contention abdominale au cours d'une période spécifique pour cet examen. Le foyer gère les tâches liées à l'outil Point Click Care (PCC) au moyen des dossiers médicaux électroniques du PCC, lesquels doivent être utilisés par le personnel infirmier autorisé pour documenter la réévaluation du besoin de la personne résidente à l'égard de cette ceinture de contention abdominale. Il a été constaté qu'il manquait des documents à plusieurs dates. D'après la documentation se trouvant dans le PCC concernant la PSSP qui s'occupait de la personne résidente, cette ceinture de contention abdominale a été appliquée à la personne résidente à des dates spécifiques, pendant des quarts de travail spécifiques.

L'IAA a indiqué que le personnel infirmier autorisé était tenu de documenter, pendant un intervalle de temps spécifique, le recours à la ceinture de contention abdominale sur la personne résidente au cours de son quart de travail.

La coordonnatrice ou le coordonnateur des programmes de soins infirmiers (CPSI) a indiqué, après avoir examiné la documentation du PCC concernant le personnel infirmier autorisé, que la personne résidente ne portait la ceinture de contention abdominale que pendant un quart de travail spécifique, à certaines dates. La ou le CPSI a ensuite examiné les documents de la PSSP pour cette même période, lesquels indiquaient que la ceinture de contention abdominale avait été appliquée sur la personne résidente pendant certains quarts de travail à des dates spécifiques. La ou le CPSI a indiqué que le personnel infirmier autorisé aurait dû documenter sa réévaluation des besoins en matière de contention, comme l'exige le PCC, à chaque quart de travail au cours duquel l'appareil de retenue avait été utilisé sur la

personne résidente. Le personnel infirmier autorisé était tenu de documenter sa réévaluation et sa surveillance de la personne résidente pour s'assurer que celle-ci avait besoin de l'appareil et qu'il était toujours nécessaire.

Ainsi, l'absence de documentation n'a pas permis de veiller à ce que la contention de la personne résidente au moyen d'un appareil soit réévaluée.

Sources : entretiens avec une ou un IAA et une ou un CPSI, et examen des dossiers de soins de santé d'une personne résidente. [000725]

### **AVIS ÉCRIT : Exigences : contention au moyen d'un appareil mécanique**

Problème de conformité n° 012 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

#### **Non-respect de : l'alinéa 119 (7) 7) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Exigences : contention au moyen d'un appareil mécanique

Al. 119 (7) Le titulaire de permis veille à ce que chaque utilisation d'un appareil mécanique pour maîtriser un résident en vertu de l'article 35 de la Loi soit documentée et, sans préjudice de la portée générale de la présente exigence, il veille à ce que les renseignements suivants soient documentés :

7. Tout dégagement de l'appareil et tout changement de position.

Le titulaire du permis n'a pas veillé à ce que tout dégagement de la ceinture de contention abdominale et tout changement de position d'une personne résidente soient documentés.

Justification et résumé :

Une personne résidente s'est fait appliquer une ceinture de contention abdominale, alors qu'elle était assise dans un fauteuil roulant.

L'examen de la documentation des tâches dans l'outil de documentation électronique Point of Care (PCC) du foyer aux dates spécifiques a permis de constater que cette documentation n'avait pas été effectuée conformément aux exigences. La documentation relative aux quarts spécifiques a été effectuée selon une fréquence spécifique alors que le PCC indiquait que l'appareil avait été appliqué selon une autre fréquence spécifique au cours de ce laps de temps. Le PCC a identifié les mesures d'intervention de contention comme suit : application de

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District d'Ottawa**

347, rue Preston, bureau 410  
Ottawa (Ontario) K1S 3J4  
Téléphone : 877 779-5559

la contention, changement de position/déplacement, vérification de sécurité, retrait, personne résidente non disponible, refus de la personne résidente, sans objet. Une PSSP a signalé que la personne résidente portait la ceinture de contention abdominale toute la journée lorsqu'elle était dans son fauteuil roulant afin de prévenir les chutes. La personne résidente allait généralement se coucher pour se reposer après un repas spécifique.

Il manquait la documentation relative à cette mesure d'intervention concernant l'appareil à plusieurs dates lors de l'examen sur trois jours.

La coordonnatrice ou le coordonnateur des programmes de soins infirmiers a indiqué que les PSSP étaient censées consigner dans le PCC, à une fréquence spécifique, que la personne résidente portait un appareil de contention, ainsi que le moment de tout dégagement, le moment de tout changement de position ou déplacement, et le moment où la ceinture abdominale était vérifiée.

Le fait de ne pas avoir correctement documenté l'application et le dégagement d'une contention, ainsi que tout changement de position requis, peut avoir empêché une évaluation et une réévaluation appropriées de la nécessité de cette contention pour la sécurité d'une personne résidente.

Sources : entretiens avec une PSSP et une ou un CPSI, et examen des dossiers de soins de santé d'une personne résidente. [000725]

**AVIS ÉCRIT : Système de gestion des médicaments**

Problème de conformité n° 013 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

**Non-respect de : l'alinéa 123 (3) a) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Système de gestion des médicaments

Paragraphe 123 (3) Les politiques et protocoles écrits doivent : (a) être élaborés, mis en œuvre, évalués et mis à jour 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 respecter les politiques et procédures écrites élaborées pour la gestion des médicaments, conformément aux pratiques fondées

sur des données probantes dans le cas du stupéfiant d'une personne résidente. Conformément au paragraphe 123 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que tous les médicaments utilisés au foyer soient acquis, préparés, reçus, entreposés, administrés, détruits et éliminés de façon rigoureuse. Plus précisément, le personnel infirmier autorisé n'a pas respecté la politique relative aux foyers bénéficiant des services MediSystem concernant les stupéfiants et les substances réglementées abandonnés, révisée pour la dernière fois en décembre 2023, et une personne résidente s'est fait administrer un stupéfiant abandonné.

#### Justification et résumé :

À une date spécifique, une ou un IAA a indiqué que le stupéfiant d'une personne résidente avait été abandonné depuis une date spécifique, mais que ce médicament n'avait pas été retiré du chariot des stupéfiants, documenté comme étant abandonné ni éliminé pour être détruit plus tard, conformément aux exigences.

Le dossier d'administration des stupéfiants et des médicaments réglementés de la personne résidente indique que celle-ci a reçu un médicament spécifique au besoin, à une date et à une heure spécifiques. Ce médicament a ensuite été administré à la personne résidente à une date précise, sans qu'aucune ordonnance médicale ne figure dans son dossier.

La directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI) a fourni son manuel de politiques et de procédures relatives aux foyers bénéficiant des services MediSystem, révisé pour la dernière fois en décembre 2023, en ce qui concerne les stupéfiants et les substances réglementées abandonnés. Le personnel infirmier autorisé était tenu de retirer cette fiche de contrôle et les médicaments, puis de les attacher avec un élastique et les placer dans la poubelle de destruction des stupéfiants, conformément aux exigences.

Le non-respect de la politique et des procédures concernant le retrait des stupéfiants abandonnés du tiroir verrouillé des stupéfiants actifs du foyer et la documentation de l'administration de ce médicament abandonné, a posé un risque pour la personne résidente qui s'est fait administrer un stupéfiant sans ordonnance médicale.

Sources : observations des zones spécifiques du foyer réservées au stockage et à

**Ministère des Soins de longue durée**Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée**District d'Ottawa**347, rue Preston, bureau 410  
Ottawa (Ontario) K1S 3J4  
Téléphone : 877 779-5559

l'élimination des stupéfiants, examen des fiches de contrôle des stupéfiants pour le médicament spécifique et des feuilles de dénombrement des stupéfiants pour une période spécifique, pour le médicament spécifique, et examen de la politique et de la procédure figurant dans le manuel des politiques et des procédures de MediSystem, et des dossiers de soins de santé de la personne résidente, et entretien avec une ou un IAA et la ou le DSI. [000725]

**AVIS ÉCRIT : Entreposage sécuritaire des médicaments**

Problème de non-conformité n° 014 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

**Non-respect du : sous-alinéa 138 (2) (a) (ii) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Entreposage sécuritaire des médicaments

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

- (a) les médicaments sont entreposés dans un endroit ou un chariot à médicaments qui réunit les conditions suivantes :
- (ii) il est sûr et verrouillé,

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les médicaments qui étaient entreposés à la réception d'un poste de soins infirmiers dans une zone spécifique du foyer soient gardés dans un lieu sûr et verrouillé.

Justification et résumé :

À une date spécifique, une inspectrice a observé un panier en plastique contenant plusieurs bouteilles et tubes de pommades et de crèmes prescrites pour les personnes résidentes sur le bureau du poste de soins infirmiers dans une zone spécifique du foyer. Ce panier a été observé à l'extérieur de la salle verrouillée réservée au stockage des médicaments au sein de cette unité. Il n'y avait pas de personnel dans la zone et trois personnes résidentes étaient assises dans la salle à manger à côté du bureau du poste de soins infirmiers.

Une PSSP a indiqué que le panier de médicaments était censé être verrouillé, mais que l'IAA était en réunion et que le panier avait été laissé sur le bureau près de la salle de stockage des médicaments.

Une ou un IAA a indiqué que les crèmes et pommades prescrites étaient censées être conservées sous clé dans la salle de stockage des médicaments des services

infirmiers. Le matin, chaque équipe de PSSP est chargée de prendre un panier pour assurer les soins aux personnes résidentes. L'IAA a indiqué qu'il ne s'agissait pas d'une pratique optimale, mais que ces paniers étaient conservés sur les chariots à linge des PSSP, lesquels n'étaient pas verrouillés et restaient dans les couloirs du foyer pendant les soins.

Le fait de ne pas veiller à ce que les crèmes et les pommades prescrites aux personnes résidentes soient conservées en toute sécurité et sous clé présentait un risque d'accès et de préjudice pour les personnes résidentes.

Sources : observation dans une zone spécifique du foyer et entretien avec une PSSP et une ou un IAA. [000725]

## **AVIS ÉCRIT : Mesures de vérification et déclarations : directeurs et personnel de gestion**

Problème de conformité n° 015 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

### **Non-respect du : paragraphe 256 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Mesures de vérification et déclarations : directeurs et personnel de gestion

Par. 256 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qu'une présélection ait lieu avant de permettre à quiconque d'être membre de son conseil d'administration, de son conseil de gestion, de son comité de gestion ou d'une autre structure de gouvernance.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une présélection ait lieu avant de permettre à quiconque d'être membre de son conseil d'administration, de son conseil de gestion, de son comité de gestion ou d'une autre structure de gouvernance. Plus précisément, le titulaire de permis n'a pas veillé à recevoir les vérifications de dossier de police de deux nouveaux membres du conseil d'administration avant qu'ils ne soient autorisés à en faire partie.

Justification et résumé :

Un courriel adressé à l'inspectrice par un membre du personnel à une date spécifique indiquait que deux nouveaux membres du conseil d'administration, devenus membres à une date spécifique, n'avaient pas encore fourni leurs vérifications de dossier de police.

Lors d'un entretien, le membre du personnel a déclaré avoir reçu la vérification de dossier de police d'un membre du conseil d'administration à une date spécifique, ce qui n'avait pas été effectué dans les six mois précédant l'entrée de ce membre au conseil d'administration. Le membre du personnel a déclaré que ce membre du conseil d'administration avait soumis une demande pour procéder à une nouvelle vérification de dossier de police. Le membre du personnel a confirmé qu'il n'avait pas reçu la vérification de dossier de police de l'autre membre du conseil d'administration, mais qu'il avait accusé réception de la demande. Le membre du personnel a déclaré qu'on lui avait proposé d'entrer au conseil d'administration et qu'il avait assisté à une réunion du conseil d'administration sans avoir fourni de vérification de dossier de police.

Ainsi, le fait de ne pas avoir veillé à ce qu'une présélection, en particulier une vérification de dossier de police, ait lieu avant d'autoriser deux membres du conseil d'administration à siéger au conseil d'administration du titulaire de permis, a constitué un risque pour la sécurité des personnes résidentes.

Sources : liste des membres du conseil d'administration, courriels d'un membre du personnel et entretien avec un membre du personnel. [000723]

## **ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 001 Politique visant à promouvoir la tolérance zéro**

Problème de conformité n° 016 Ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

### **Non-respect du : paragraphe 25 (1) de la LRSLD (2021)**

Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

Par. 25 (1) Sans préjudice de la portée générale de l'obligation prévue à l'article 24, le titulaire de permis veille à ce que soit adoptée et respectée une politique écrite visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents.

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

Le titulaire de permis doit :

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District d'Ottawa**

347, rue Preston, bureau 410  
Ottawa (Ontario) K1S 3J4  
Téléphone : 877 779-5559

1. Fournir une formation à une ou un IA spécifique sur la politique du titulaire de permis visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes. Plus précisément, le titulaire de permis doit veiller à ce que le membre du personnel concerné reçoive une formation sur les attentes spécifiques à son rôle dans le foyer lorsqu'il s'agit de répondre à des allégations de mauvais traitements de la part d'un membre du personnel envers une personne résidente;
2. Les documents écrits relatifs à la formation dispensée, y compris la date à laquelle elle a été dispensée et la signature du membre du personnel ayant suivi la formation, doivent être conservés jusqu'à ce que le ministère des Soins de longue durée estime que le titulaire de permis respecte la présente ordonnance.

**Motifs**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que sa politique écrite visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes soit respectée par une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé (IA) spécifique.

**Justification et résumé :**

À une date et à une heure spécifiques, une personne résidente a signalé à une ou un IA qu'une PSSP l'avait frappée alors qu'elle se trouvait dans une zone spécifique du foyer. La police en a été informée par la directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI), quelques jours après l'incident.

L'emploi du temps du personnel infirmier affecté à la zone spécifique du foyer au cours de la période visée montre que la PSSP a travaillé après l'incident, puis a été démise de ses fonctions.

Lors d'un entretien, une PSSP, qui travaillait dans la même équipe que cette PSSP, a confirmé que cette dernière avait cessé de prodiguer des soins à la personne résidente après que celle-ci a signalé les allégations. Toutefois, elle a déclaré que cette PSSP avait continué à s'occuper d'autres personnes résidentes dans la zone spécifique du foyer pendant le reste de la journée et le jour suivant.



Conformément à la politique RC 4.00.00 du titulaire de permis intitulée « *Resident Abuse and Neglect Prevention* » (Prévention des mauvais traitements et de la négligence envers les personnes résidentes), révisée pour la dernière fois en novembre 2022, la liste de contrôle fournie à l'annexe A indique que le membre du personnel soupçonné d'avoir commis des actes de violence doit être exclu de l'aire de soins. En outre, la politique indique que la police doit être immédiatement informée de tout incident d'allégations de mauvais traitements ou de négligence impliquant des membres du personnel.

L'IA a confirmé que la PSSP n'avait pas été exclue de l'aire de soins après que la personne résidente eut signalé les allégations et qu'elle était restée dans l'aire spécifique de soins pour s'occuper d'autres personnes résidentes à la date spécifique. L'IA a déclaré qu'elle aurait dû empêcher la PSSP de fournir des soins, conformément à la politique du titulaire de permis. L'IA a également confirmé qu'elle aurait dû immédiatement prévenir la police, conformément à la politique du titulaire de permis.

La ou le DSI a indiqué qu'en cas d'incident d'allégations de mauvais traitements de la part d'un membre du personnel envers une personne résidente, le membre du personnel est censé être exclu de toute prestation de soins et la police doit être immédiatement avertie, conformément à la politique du titulaire de permis. La ou le DSI a reconnu que la PSSP avait continué à travailler jusqu'à ce qu'elle soit démise de ses fonctions, et que la police n'avait pas été avertie immédiatement.

Ainsi, le fait de ne pas avoir veillé à ce que la politique du titulaire de permis visant à promouvoir la tolérance zéro à l'égard des mauvais traitements et de la négligence envers les personnes résidentes soit respectée par une ou un IA a exposé les personnes résidentes à des risques de mauvais traitements.

Sources : notes d'évolution relatives à une personne résidente, emploi du temps du personnel infirmier pour une période spécifique, notes d'enquête interne, politique RC 4.00.00 intitulée « *Resident Abuse and Neglect Prevention* » (Prévention des mauvais traitements et de la négligence envers les personnes résidentes), révisée pour la dernière fois en novembre 2022, rapport d'incident critique, entretiens avec une PSSP, une ou un IA et une ou un DSI. [000723]

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le : 30 mai 2024**

**ORDRE DE CONFORMITÉ N° 002 Portes dans le foyer**

Problème de conformité n° 017 Ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154 (1) 2) de la LRSLD (2021)

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

Portes dans le foyer

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

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

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

Le titulaire de permis doit :

1. Veiller à ce que les portes menant à la plonge des dépenses de deux zones du foyer soient fermées et verrouillées lorsqu'elles ne sont pas supervisées;
2. Effectuer des vérifications quotidiennes pendant quatre semaines, y compris les fins de semaine et en alternant les quarts de jour et de soir, afin de s'assurer que ces portes menant à des aires non résidentielles restent fermées et verrouillées quand elles ne sont pas supervisées par le personnel. Ces vérifications comporteront l'heure et la date, ainsi que le nom et la signature du membre du personnel responsable de les effectuer;
3. Prendre des mesures correctives immédiates s'il s'avère que les portes ne sont pas verrouillées et qu'elles ne sont pas directement supervisées par le personnel. Documenter dans un dossier les mesures correctives prises;
4. Des dossiers écrits doivent être tenus relativement aux points 2 et 3 jusqu'à ce que le ministère des Soins de longue durée estime que le titulaire du permis s'est conformé au présent ordre.

**Motifs**

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que toutes les portes donnant sur les aires non résidentielles soient dotées de verrous pour empêcher leur accès non supervisé par les personnes résidentes. Elles doivent être gardées fermées et verrouillées quand elles ne sont pas supervisées par le personnel.

**Justification et résumé :**

À une date et à une heure spécifiques, l'inspectrice a constaté que les portes de la dépense d'une zone spécifique du foyer étaient déverrouillées et ouvertes. Une demi-porte menant à la dépense était maintenue ouverte par un chariot de vaisselle sale, ce qui menait à une deuxième porte menant à la plonge de la dépense, qui était déverrouillée et laissée ouverte. La plonge contenait de l'eau chaude, des machines à café et à jus de fruits, un lave-vaisselle industriel et des produits chimiques de nettoyage. Une troisième porte menant de la plonge à un couloir donnant accès à un ascenseur de service a été observée comme étant restée ouverte.

Pendant une période spécifique, six personnes résidentes étaient présentes dans la salle à manger et les portes susmentionnées n'étaient pas verrouillées et étaient ouvertes. Aucun membre du personnel n'était présent pendant cette période.

Environ 21 minutes plus tard, une PSSP est entrée dans la zone de la dépense et a placé une tasse dans le chariot à vaisselle sale qui tenait ouverte la demi-porte menant à la dépense. La PSSP n'a fermé aucune des portes et a quitté les lieux.

Environ 9 minutes plus tard, la même PSSP est revenue à la dépense et a commencé à assembler le chariot de collations.

La PSSP a déclaré que la porte de la plonge aurait dû être fermée et verrouillée si aucun membre du personnel n'était présent pour la surveiller, car c'était considéré comme une aire non résidentielle.

Plus tard, à une heure spécifique, l'inspectrice a constaté que la porte de la plonge d'une dépense dans une autre zone du foyer était déverrouillée et laissée ouverte. Aucun membre du personnel n'était présent dans la zone, au moment de l'observation. L'IAA a déclaré que cette porte aurait dû être fermée et verrouillée.

Lors d'une nouvelle observation dans la même zone le jour suivant, l'inspectrice a constaté que la porte de la plonge n'était pas verrouillée, qu'elle était restée ouverte et qu'elle n'était pas supervisée pendant une période spécifique. Une autre PSSP a déclaré que la porte avait pu être laissée ouverte par un membre du personnel après la collation de l'après-midi et a reconnu qu'elle devrait être verrouillée et fermée quand aucun membre du personnel n'était présent.

La superviseure ou le superviseur des services nutritionnels a déclaré que les portes de la plonge sont censées être fermées et verrouillées lorsque le personnel n'est pas présent pour superviser. La superviseure ou le superviseur des services nutritionnels a reconnu que les portes de la plonge auraient dû être fermées et verrouillées lors des observations susmentionnées.

Ces portes donnant sur des aires non résidentielles n'étaient donc pas fermées ou verrouillées, ce qui augmentait le risque de blessure pour les personnes résidentes dans deux zones spécifiques du foyer.

Sources : observations à des dates spécifiques et entretiens avec deux PSSP, une ou un IAA et la superviseure ou le superviseur des services nutritionnels. [000723]

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le : 30 mai 2024**

## **ORDRE DE CONFORMITÉ OC n° 003 Système de communication bilatérale**

Problème de conformité n° 018 Ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154 (1) 2) de la LRSLD (2021)

### **Non-respect du : paragraphe 20 (g) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Système de communication bilatérale

Par. 20 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer soit doté d'un système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel qui réunit les conditions suivantes :

(g) dans le cas d'un système doté d'une alarme sonore pour alerter le personnel, il est calibré de sorte que le personnel puisse l'entendre.

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

Le titulaire de permis doit :

1. Veiller à ce que le système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel (SCBRP), qui utilise des sons pour alerter le personnel, soit correctement calibré de sorte que le personnel puisse l'entendre;

**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 d'Ottawa**

347, rue Preston, bureau 410  
Ottawa (Ontario) K1S 3J4  
Téléphone : 877 779-5559

2. Documenter la formation de tous les membres du personnel qui portent des appareils mobiles, sur l'importance de garder le volume activé et que le son soit audible à tout moment jusqu'à ce que la fonction de volume sur les appareils mobiles ne soit plus réglable;
3. Les vérifications doivent être effectuées deux fois par semaine, en alternant les zones du foyer accessibles aux personnes résidentes et les quarts de travail, afin de s'assurer que le volume des appareils mobiles soit réglé de sorte que le personnel puisse l'entendre. Chaque vérification comportera la signature, la date, l'heure, le nom des membres du personnel et la zone du foyer, afin de prouver qu'un membre de l'équipe de direction ou une personne la représentant a effectué ces vérifications. Les vérifications seront effectuées jusqu'à ce que le ministère des Soins de longue durée estime que le titulaire de permis respecte la présente ordonnance;
4. Inclure les mesures correctives documentées requises pour chaque problème établi et les résultats éventuels.

**Motifs**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel (SCBPRP), qui utilise des sons pour alerter le personnel, soit correctement calibré de sorte que deux PSSP puissent l'entendre, conformément aux exigences.

Justification et résumé :

À une date donnée, l'inspectrice a tenté d'utiliser le cordon de la sonnette d'appel dans le salon commun d'une zone spécifique du foyer. L'inspectrice a tiré sur le cordon de la sonnette d'appel et une alarme sonore a retenti dans le couloir. Une PSSP se trouvait à côté du salon et l'inspectrice lui a demandé de confirmer qu'elle avait reçu un appel depuis le salon. La PSSP a indiqué que ce n'était pas le cas. L'inspectrice a ensuite replacé le panneau de la sonnette d'appel dans sa position initiale. L'inspectrice s'est alors rendue dans la salle à manger et a tiré le cordon de la sonnette d'appel, ce qui a déclenché une alarme audible au loin.

La même PSSP a indiqué avoir reçu l'appel sur son appareil mobile, mais l'inspectrice a précisé que les appels n'étaient pas audibles. La PSSP indique n'avoir

rien entendu, mais avoir augmenté le volume de son appareil mobile, car le volume était désactivé, ce qui explique l'absence d'alarme audible.

À une autre date, l'inspectrice s'est rendue dans la salle à manger d'une autre zone du foyer à une heure spécifique et a remarqué un bouton rouge sur le mur près de la porte qui indiquait « urgent ». L'inspectrice a appuyé sur le bouton et a attendu. Quelques minutes plus tard, une PSSP est passée devant la salle à manger dans le couloir et l'inspectrice lui a demandé si elle avait reçu un appel pour la salle à manger. La PSSP a sorti son appareil mobile et son dispositif portable. L'appareil mobile n'affichait aucun appel, puis la PSSP a appuyé sur son dispositif portable et les appels sont apparus, accompagnés d'une sonnerie audible sur l'appareil mobile. La PSSP n'avait entendu aucun son provenant de l'appareil mobile jusqu'à ce qu'elle appuie sur son dispositif portable pour recevoir des appels.

La ou le GAB a indiqué que la sonnerie audible des appareils mobiles était dotée d'un contrôle du volume, le personnel pouvant désactiver le niveau sonore à ce moment-là.

Le fait que le système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel (SCBPRP) ne soit pas doté d'une notification audible a entraîné un risque important pour les personnes résidentes qui pouvaient connaître un retard dans l'assistance, voire l'absence d'assistance, car l'information n'était pas communiquée au personnel conformément aux exigences.

Sources : observations du son audible des appareils mobiles dans deux zones spécifiques du foyer, entretiens avec deux PSSP et la ou le GAB. [000725]

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le : 30 mai 2024**

## 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<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario) M7A 1N3  
Courriel : [MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca](mailto: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;

**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 d'Ottawa**

347, rue Preston, bureau 410  
Ottawa (Ontario) K1S 3J4  
Téléphone : 877 779-5559

- 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'une inspectrice ou 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<sup>e</sup> 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



**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 d'Ottawa**

347, rue Preston, bureau 410  
Ottawa (Ontario) K1S 3J4  
Téléphone : 877 779-5559

438, avenue University, 8<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario) M7A 1N3  
Courriel : [MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca](mailto: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](http://www.hsarb.on.ca).