Ontario

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

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

District du Centre-Est
33, rue King Ouest, 4e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Rapport public modifié
Page couverture (M1)

Date d'émission du rapport modifié : 20 décembre 2024
Date d'émission du rapport initial : 17 octobre 2024
Numéro d'inspection : 2024-1227-0002 (M1)
Type d'inspection : Plainte Incident critique Suivi
Titulaire de permis : Medlaw Corporation Limited
Foyer de soins de longue durée et ville : Pinecrest Nursing Home (Bobcaygeon), Bobcaygeon

RÉSUMÉ D'INSPECTION MODIFIÉ

Ce rapport a été modifié pour :

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, 4e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Rapport public modifié (M1)

Date d'émission du rapport modifié : 20 décembre 2024
Date d'émission du rapport initial : 17 octobre 2024
Numéro d'inspection : 2024-1227-0002 (M1)
Type d'inspection : Plainte Incident critique Suivi
Titulaire de permis : Medlaw Corporation Limited
Foyer de soins de longue durée et ville : Pinecrest Nursing Home (Bobcaygeon), Bobcaygeon

RÉSUMÉ D'INSPECTION MODIFIÉ

Ce rapport a été modifié pour :

Inclure les frais de réinspection et l'avis de pénalité administrative connexe, conformément au paragraphe 104 (4) de la *LRSLD* (2021), liés au suivi nº 1 de l'ordre de conformité nº 001, donné en vertu de l'alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, dans le cadre de l'inspection nº 2024 1227 001. Date d'échéance de la mise en conformité : 12 août 2024

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 20 au 22 et les 26, 28 et 29 août 2024. L'inspection a eu lieu à l'extérieur aux dates suivantes : le 30 août 2024.

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

District du Centre-Est
33, rue King Ouest, 4e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

L'inspection concernait :
Demandes nº 00097418 et nº 00097830 – Incidents critiques (IC) – Allégation de mauvais traitements infligés à une personne résidente;
Demande nº 00113595 – IC – Éclosion déclarée;
Demande nº 00117549 – Plainte – Soins aux personnes résidentes.

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

District du Centre-Est
33, rue King Ouest, 4e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Ordres de conformité délivrés antérieurement :

L'inspection a établi la **NON**-conformité à l'ordre ou aux ordres de conformité suivants délivrés antérieurement :
Ordre nº 001 de l'inspection nº 2024-1227-0001 en vertu de l'alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, inspecté par Kelly Burns (000722)

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

Entretien ménager, buanderie et services d'entretien
Alimentation, nutrition et hydratation
Prévention et contrôle des infections
Foyer sûr et sécuritaire
Prévention des mauvais traitements et de la négligence

RÉSULTATS DE L'INSPECTION MODIFIÉS

Problème de conformité corrigé

Un **problème de conformité** a été constaté lors de cette inspection et a été **corrigé** par le titulaire de permis avant la fin de l'inspection. L'inspectrice ou l'inspecteur a estimé que le problème de conformité répondait à l'intention du paragraphe 154 (2) et ne nécessitait pas d'action supplémentaire.

Problème de conformité nº 001 Corrigé en vertu du paragraphe 154 (2) de la *LRSLD* (2021).
Non-respect : de la disposition 5 du paragraphe 79 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22
Service de restauration et de collation

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, 4e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Paragraphe 79 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer offre un service de restauration et de collation qui comprend au minimum les éléments suivants :
5. Le service de la nourriture et des liquides à une température sûre et appétissante pour les résidents.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les liquides soient servis à une température sûre et appétissante pour les personnes résidentes.

Justification et résumé

Une inspection découlant d'un incident critique et d'une plainte ainsi qu'une inspection de suivi ont été effectuées.
Lors d'une visite du foyer de soins de longue durée, du lait et du lait sans lactose ont été observés sur un chariot de boissons à température ambiante. Les boissons étaient servies par le personnel aux personnes résidentes assises dans les salles à manger, les couloirs et un salon.

Le coordonnateur des programmes et le chef des services alimentaires ont indiqué que le lait et le lait sans lactose auraient dû être placés sur de la glace avant de quitter la cuisine.

Le fait que le titulaire de permis n'ait pas veillé à ce que le lait et le lait sans lactose soient servis à des températures sûres a présenté un risque de préjudice pour les personnes résidentes.

Sources : Observations et entretiens avec le coordonnateur des programmes et le chef des services alimentaires.

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, 4e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : le 20 août 2024

AVIS ÉCRIT : Droit à la protection contre les mauvais traitements et la négligence

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 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.

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé au droit d'une personne résidente à la protection contre les mauvais traitements.

Justification et résumé

Le directeur a reçu une plainte portant sur une allégation de mauvais traitements infligés à des personnes résidentes par le personnel. L'auteur de la plainte a identifié les personnes résidentes comme étant des personnes résidentes et le personnel comme étant une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP).

L'auteur de la plainte a indiqué que les incidents allégués s'étaient produits à une date précise. L'auteur de la plainte a fourni des détails sur le premier incident. L'auteur de la plainte a indiqué que ce qu'il avait observé était des mauvais traitements et qu'il avait immédiatement signalé l'incident à l'infirmière autorisée responsable (IA). L'auteur de la plainte a indiqué que l'IA lui avait demandé de rester avec la PSSP et de signaler tout autre incident. L'auteur de la plainte a indiqué qu'à

la suite des instructions de l'IA, il est allé rejoindre la PSSP et qu'il a alors été témoin d'une attitude déplacée de cette dernière à l'égard d'une deuxième personne résidente. L'auteur de la plainte a indiqué qu'il était intervenu et avait fait sortir la personne résidente de la chambre, l'avait emmenée dans un salon et avait ensuite signalé l'incident à l'IA. L'auteur de la plainte a indiqué que ce qu'il avait observé était des mauvais traitements et que l'incident était le deuxième que la PSSP avait commis à l'égard des personnes résidentes pendant ce quart de travail.

L'IA a indiqué qu'elle se souvenait que l'auteur de la plainte lui avait signalé les incidents de mauvais traitements allégués. L'IA et la directrice des soins ont indiqué que le titulaire de permis a une politique visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes, qui stipule que personne ne doit maltraiter les personnes résidentes.

Le fait que le titulaire de permis n'ait pas veillé à ce que les personnes résidentes soient protégées contre les mauvais traitements a entraîné des lacunes dans les soins et les services liés à la politique du titulaire de permis visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements, ainsi qu'une expérience désagréable pour les personnes résidentes dans leur « foyer ».

Sources : Dossiers cliniques de personnes résidentes, plainte, politique du titulaire de permis sur les mauvais traitements et la négligence (*Abuse and Neglect Policy 2023*) et entretiens avec l'auteur de la plainte, une IA, la directrice des soins et l'administratrice.

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé au droit d'une personne résidente à la protection contre les mauvais traitements.

Justification et résumé

Le titulaire de permis a soumis au directeur un incident critique (IC) lié à des mauvais traitements allégués envers une personne résidente.

Le dossier de santé clinique d'une personne résidente, l'IC et l'enquête du titulaire de permis ont été examinés. La documentation indiquait qu'une PSSP avait découvert que la personne résidente avait des blessures. La documentation a permis de constater que les blessures n'étaient pas présentes la veille de l'incident présumé. La documentation indiquait que les mauvais traitements allégués avaient été signalés aux autorités locales et que les PSSP avaient été congédiées.

Une PSSP, des infirmières auxiliaires autorisées (IAA), la directrice des soins et l'administratrice ont toutes confirmé que l'incident s'était produit. La directrice des soins et l'administratrice ont confirmé que deux PSSP avaient été congédiées à la suite de l'incident.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que les personnes résidentes ne subissent pas de mauvais traitements a présenté un risque pour leur bien-être et leur a fait vivre une expérience désagréable dans leur « foyer ».

Sources : IC, enquête du titulaire de permis, dossier santé clinique de la personne résidente, politique du titulaire de permis sur les mauvais traitements et la négligence (*Abuse and Neglect Policy 2023*) et entretiens avec une PSSP, des IAA, la directrice des soins et l'administratrice.

AVIS ÉCRIT : Programme de soins – Participation du résident

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

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

District du Centre-Est
33, rue King Ouest, 4e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Non-respect : du paragraphe 6 (5) de la *LRSLD* (2021)
Programme de soins
Paragraphe 6 (5) Le titulaire de permis veille à ce que le résident, son mandataire spécial, s'il en a un, et toute autre personne que le résident ou le mandataire spécial désigne aient la possibilité de participer pleinement à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de soins du résident.

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le mandataire spécial d'une personne résidente ait la possibilité de participer au programme de soins de cette personne.

Justification et résumé

Le titulaire de permis a soumis au directeur un incident critique (IC) lié à des mauvais traitements allégués envers une personne résidente.

Le dossier de santé clinique de la personne résidente a été examiné. La documentation indiquait que la personne résidente avait été évaluée par une infirmière auxiliaire autorisée (IAA) et des infirmières autorisées (IA) comme ayant des blessures inconnues à des dates précises. La documentation n'indiquait pas que le mandataire spécial de la personne résidente avait été informé des blessures.

L'administratrice a indiqué que le mandataire spécial d'une personne résidente doit être immédiatement informé de tout changement dans l'état de la personne résidente, y compris de l'altération de l'intégrité épidermique.

Le fait que le titulaire de permis n'ait pas informé le mandataire spécial d'une personne résidente d'un changement dans l'état de celle-ci a entraîné des lacunes dans les soins et les services, a posé des problèmes liés à l'échange d'information

avec le mandataire spécial et a empêché ce dernier de participer aux décisions relatives aux soins.

Sources : Liste de cas d'éclosion du titulaire de permis, IC, dossier de santé clinique de la personne résidente, politique du titulaire de permis en matière de notification des personnes résidentes, des mandataires spéciaux et des mandataires (*Resident, POA, SDM Notification*), et un entretien avec l'administratrice.

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le mandataire spécial d'une personne résidente ait la possibilité de participer au programme de soins de cette personne.

Justification et résumé

Le titulaire de permis a soumis au directeur un incident critique (IC) lié à une éclosion dans le foyer de soins de longue durée. La liste de cas du titulaire de permis pour l'éclosion a été examinée, et une personne résidente a été reconnue comme un cas confirmé au cours de l'éclosion.

Le dossier de santé clinique de la personne résidente a été examiné. La documentation indiquait que la personne résidente présentait des symptômes d'infection à une date donnée. Une infirmière auxiliaire autorisée (IAA) a indiqué que l'état de santé de la personne résidente s'était modifié et qu'elle présentait des symptômes d'infection. À une date donnée, la documentation indiquait que la personne résidente avait été évaluée comme présentant d'autres symptômes d'une infection; la personne résidente avait alors été placée en isolement. La documentation indiquait que le mandataire spécial de la personne résidente n'avait pas été informé des symptômes de la personne résidente avant une date ultérieure.

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, 4e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

L'administratrice a indiqué que le mandataire spécial d'une personne résidente doit être immédiatement informé de tout changement dans l'état de la personne résidente.

Le fait que le titulaire de permis n'ait pas informé le mandataire spécial d'une personne résidente d'un changement dans l'état de celle-ci a entraîné des lacunes dans les soins et les services, a posé des problèmes liés à l'échange d'information avec le mandataire spécial et a empêché ce dernier de participer aux décisions relatives aux soins.

Sources : Liste de cas d'éclosion du titulaire de permis, IC, dossier de santé clinique de la personne résidente, politique du titulaire de permis en matière de notification des personnes résidentes, des mandataires spéciaux et des mandataires (*Resident, POA, SDM Notification*), et entretien avec l'administratrice.

AVIS ÉCRIT : Services d'hébergement – Obligations précises : propreté et bon état

Problème de conformité n° 004 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).
Non-respect : de l'alinéa 19 (2) a) de la *LRSLD* (2021)
Services d'hébergement
Paragraphe 19 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :
a) le foyer, l'ameublement et le matériel sont toujours propres et sanitaires;

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer reste propre et sanitaire.

Justification et résumé

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, 4e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Une inspection découlant d'un incident critique et d'une plainte ainsi qu'une inspection de suivi ont été effectuées.

Lors d'une visite du foyer de soins de longue durée, on a constaté que les fenêtres et les moustiquaires de la salle à manger, d'un salon et des chambres de personnes résidentes précises étaient toutes sales, notamment couvertes de saleté, de toiles d'araignée et de débris.

L'administratrice, qui supervise les services environnementaux, a indiqué que les fenêtres et les moustiquaires du foyer de soins de longue durée n'avaient pas été nettoyées en 2024, en précisant que le personnel d'entretien avait d'autres priorités.

Le fait que le titulaire de permis n'ait pas veillé à la propreté du foyer de soins de longue durée crée une situation désagréable pour les personnes résidentes, leur famille ou d'autres personnes.

Sources : Observations et un entretien avec l'administratrice.

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le matériel soit toujours propre et sanitaire.

Justification et résumé

Une inspection découlant d'un incident critique et d'une plainte ainsi qu'une inspection de suivi ont été effectuées.

Au cours de l'inspection, les aides à la mobilité de certaines personnes résidentes ont été observées visiblement sales.

Une personne résidente a indiqué qu'elle ne savait pas qui était responsable du nettoyage de son aide à la mobilité; elle a confirmé que son aide à la mobilité était sale. Une PSSP a indiqué que les aides à la mobilité sont nettoyées par une équipe déterminée.

Les calendriers de nettoyage des aides à la santé ont été examinés. La documentation a révélé de nombreuses omissions au cours de cette période où le nettoyage des aides à la mobilité et autres dispositifs de mobilité n'était pas consigné, conformément aux directives du titulaire de permis dans les calendriers de nettoyage du personnel.

La directrice des soins a confirmé que le personnel désigné devait nettoyer les aides à la mobilité et autres dispositifs de mobilité des personnes résidentes dans le cadre de ses fonctions.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que les appareils de mobilité soient maintenus propres constitue un risque sanitaire pour les personnes résidentes.

Sources : Observations, examen des horaires de nettoyage des services de nuit et entretiens avec une personne résidente, une PSSP et la directrice des soins.

AVIS ÉCRIT : Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

Problème de conformité n° 005 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).
Non-respect : du paragraphe 25 (1) de la *LRSLD* (2021)
Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

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, 4e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

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.

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 soit respectée.

Justification et résumé

Le titulaire de permis a soumis au directeur un incident critique (IC) lié à des allégations de mauvais traitements infligés à une personne résidente par le personnel.

La politique du titulaire de permis sur les mauvais traitements et la négligence (*Abuse and Neglect Policy 2023*) stipule que tout le personnel doit signaler les incidents de mauvais traitements présumés, soupçonnés ou observés par quiconque à l'égard d'une personne résidente, et que les incidents doivent faire l'objet d'une enquête immédiate. La politique stipule également que le personnel infirmier autorisé doit immédiatement avertir le directeur, le médecin de la personne résidente et la police.

Le dossier de santé clinique de la personne résidente a été examiné. La documentation indique qu'un incident de mauvais traitements a été soupçonné en raison des blessures de la personne résidente. La documentation n'indiquait pas que le directeur, le médecin de la personne résidente ou la police avaient été immédiatement informés des soupçons de mauvais traitements à l'égard de la personne résidente.

Les IAA ont indiqué qu'elles n'avaient pas respecté la politique visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements du titulaire de permis, en particulier qu'elles n'avaient pas prévenu le directeur, le médecin de la personne résidente ou la police, car elles n'étaient pas conscientes de la gravité de l'incident jusqu'à ce que l'IAA qui entrait travailler leur demande pourquoi des mesures n'avaient pas été prises, en ce qui concerne la notification aux intervenants.

La directrice des soins et l'administratrice ont confirmé que les IAA n'avaient pas respecté la politique visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements envers les personnes résidentes.

Le non-respect par les IAA de la politique visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements envers les personnes résidentes a entraîné des lacunes dans les soins et les services offerts aux personnes résidentes, des lacunes dans la responsabilité du personnel de divulguer des renseignements relatifs à un incident critique et dans la responsabilité du personnel en matière de protection des personnes vulnérables.

Sources : Dossier de santé de la personne résidente, enquête du titulaire de permis, politique du titulaire de permis sur les mauvais traitements et la négligence (*Abuse and Neglect Policy 2023*) et entretiens avec des IAA, l'IA responsable de la PCI, la directrice des soins et l'administratrice.

AVIS ÉCRIT : Obligation du titulaire de permis de se conformer

Problème de conformité nº 006 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).
Non-respect : du paragraphe 104 (4) de la *LRSLD* (2021)
Conditions du permis

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, 4e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

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

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la condition n° 2 de l'ordre de conformité (OC) n° 001, en vertu de l'alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, délivré dans le cadre de l'inspection n° 2024_1227_0001. La date d'échéance de mise en conformité pour l'OC était le 12 août 2024.

Justification et résumé

L'OC exigeait du titulaire de permis qu'il :

Veille à ce que du désinfectant pour les mains à base d'alcool (DMBA) soit disponible au point de service et que des distributeurs de DMBA soient installés sur le mur extérieur immédiatement adjacent à l'entrée de chaque chambre de patient/personne résidente. Se référer aux *Pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans tous les établissements de soins de santé*, 4e édition de Santé publique Ontario pour s'assurer de l'emplacement approprié du DMBA. Conserve la documentation relative à l'ajout et au retrait de DMBA ou la procédure visant à garantir que le personnel dispose de DMBA au point de service. Veille à ce qu'on communique au personnel la présence de DMBA au point de service. Conserve la documentation relative à la communication. Tienne tous les documents requis à la disposition de l'inspectrice ou de l'inspecteur sur demande.

Conformément à la partie 2 de l'OC, le DMBA n'a pas été observé au point de service dans toutes les chambres de personnes résidentes, et plus particulièrement dans les chambres de personnes résidentes précises.

Conformément à la partie 2 de l'OC, il n'a pas été observé que les distributeurs de DMBA étaient montés sur le mur extérieur immédiatement adjacent à l'entrée de chaque chambre de personne résidente.

La personne responsable de la prévention et du contrôle des infections (PCI) a indiqué qu'elle n'était pas en mesure de faire des commentaires sur l'emplacement des distributeurs de DMBA, car elle n'était pas directement impliquée dans leur mise en place.

La directrice des soins a confirmé que le titulaire de permis n'avait pas respecté la condition nº 2 de l'OC avant la date d'échéance de la mise en conformité

La non-conformité par le titulaire de permis à l'ordre de conformité nº 001, de l'inspection nº 2024_1227_0001, concernant la prévention et le contrôle des infections a entraîné un risque de préjudice pour les personnes résidentes et les autres personnes, en particulier en ce qui concerne le risque de transmission d'infections

Sources : Observations, examen de l'inspection nº 2024_1227_0001 et entretiens avec la personne responsable de la prévention et du contrôle des infections, la directrice des soins et l'administratrice.

Un avis de pénalité administrative (APA) est délivré dans le cadre du présent avis écrit (APA nº)

AVIS DE PÉNALITÉ ADMINISTRATIVE

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *LRSLD* (2021).
AVIS DE PÉNALITÉ ADMINISTRATIVE (APA nº)
Lié à l'ordre de conformité (OC) nº 006

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, 4e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

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 suivant la date de la facture.

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

Historique de la conformité

Il n'y a pas eu d'antécédents de problèmes de conformité au paragraphe 104 (4) de la *LRSLD* (2021), pour l'ordre de conformité n° 001 du rapport d'inspection n° 2024-1227-0001 en vertu de l'alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22. La date d'échéance de la mise en conformité était le 12 août 2024.

Il s'agit du premier APA délivré au titulaire de permis pour le non-respect de l'exigence en question.

La facture et les renseignements relatifs au paiement seront envoyés séparément par courrier après la signification du présent avis.

Le titulaire de permis ne doit pas payer un APA au moyen d'une enveloppe pour les soins aux résidents 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 résidents afin de payer l'APA.

AVIS ÉCRIT : Effets personnels et aides personnelles

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, 4e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Problème de conformité n° 007 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).
Non-respect : de l'alinéa 41 (1) a) du Règl. de l'Ont. 246/22
Effets personnels et aides personnelles
Paragraphe 41 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque résident du foyer ait ses effets personnels, notamment ses aides personnelles, comme des prothèses dentaires, des lunettes et des aides auditives :
a) étiquetés, dans les 48 heures de son admission et, dans le cas de nouveaux effets, de leur acquisition;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les articles de soins personnels de la personne résidente soient étiquetés.

Justification et résumé

Une inspection découlant d'un incident critique et d'une plainte ainsi qu'une inspection de suivi ont été effectuées.

Lors d'une visite du foyer de soins de longue durée, il a été observé que des articles de soins personnels de personnes résidentes n'étaient pas étiquetés dans les toilettes des personnes résidentes précises et dans la salle de bains. Ces chambres étaient toutes des chambres partagées par des personnes résidentes ou des aires communes des personnes résidentes.

La directrice des soins et l'administratrice ont confirmé que les articles de soins personnels devaient être étiquetés individuellement pour l'usage des personnes résidentes.

L'absence d'étiquetage des articles de soins personnels des personnes résidentes est insalubre et présente un risque de préjudice pour les personnes résidentes.

Sources : Observations, dossiers de santé cliniques de personnes résidentes et entretiens avec la directrice des soins et l'administratrice.

AVIS ÉCRIT : Qualités requises des préposés aux services de soutien personnel

Problème de conformité nº 008 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).
Non-respect : du paragraphe 52 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22
Qualités requises des préposés aux services de soutien personnel
Paragraphe 52 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que toute personne qu'il embauche comme préposé aux services de soutien personnel ou pour fournir de tels services, indépendamment de son titre,
a) ait terminé avec succès un programme à l'intention des préposés aux services de soutien personnel qui satisfait aux exigences du paragraphe (2);
b) lui ait fourni une preuve d'obtention de diplôme délivrée par le fournisseur du programme d'enseignement. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 52 (1)

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que chaque personne qu'il a embauchée à titre de personne préposée aux services de soutien personnel ait terminé avec succès un programme de personne préposée aux services de soutien personnel ou ait fourni au titulaire de permis une preuve de l'obtention du diplôme.

Justification et résumé

Une plainte a été déposée par le directeur portant sur des allégations de mauvais traitements infligés à des personnes résidentes par le personnel.

Lors de l'inspection découlant de la plainte, des dossiers du personnel ont été examinés. La documentation indiquait qu'un membre du personnel avait été embauché par la directrice des soins en tant que personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP). La documentation n'indiquait pas que le titulaire de permis avait obtenu la preuve que le membre du personnel avait terminé avec succès un programme de PSSP ou obtenu un diplôme d'un tel programme.

La directrice des soins a indiqué qu'elle savait que le membre du personnel n'avait pas obtenu de diplôme de PSSP; elle a confirmé que le membre du personnel avait été embauché et avait travaillé en tant que PSSP pendant une période donnée. La directrice des soins a indiqué qu'elle pensait être exemptée de l'obligation d'embaucher du personnel non qualifié en raison de la pandémie. L'administratrice a indiqué que tous les employés embauchés devaient être qualifiés pour travailler dans leurs fonctions respectives.

Le fait que le titulaire de permis n'ait pas engagé de personnel qualifié a présenté un risque pour les personnes résidentes et a entraîné des lacunes dans les soins et les services offerts aux personnes résidentes « vulnérables ».

Sources : Dossiers du membre du personnel identifié et entretiens avec un membre du personnel, la directrice des soins et l'administratrice.

AVIS ÉCRIT : Service de restauration et de collation

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

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

District du Centre-Est
33, rue King Ouest, 4e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Non-respect : de la disposition 7 du paragraphe 79 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22
Service de restauration et de collation
Paragraphe 79 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer offre un service de restauration et de collation qui comprend au minimum les éléments suivants :
7. Le service des repas un plat après l'autre pour chaque résident, à moins que le résident ou ses besoins évalués n'indiquent le contraire.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les personnes résidentes bénéficient d'un service de repas un plat après l'autre.

Justification et résumé

Une inspection découlant d'un incident critique et d'une plainte ainsi qu'une inspection de suivi ont été effectuées.

Lors de l'observation du service de repas, le personnel a été vu en train de placer des plats devant des résidents identifiés alors que ces derniers étaient encore en train de manger leur soupe.

Le chef des services alimentaires a indiqué que les personnes résidentes devaient bénéficier d'un service de repas un plat après l'autre. Le chef des services alimentaires a indiqué qu'il fallait laisser à chaque personne résidente le temps de terminer un plat avant de lui servir le plat suivant. Le chef des services alimentaires a indiqué que le personnel devait débarrasser la vaisselle entre les plats.

Le fait que le titulaire de permis ne serve pas les repas un plat après l'autre constitue une expérience désagréable pour les personnes résidentes.

Sources : Observations et entretiens avec le chef des services alimentaires.

AVIS ÉCRIT : Service de restauration et de collation

Problème de conformité nº 010 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).
Non-respect : de l'alinéa 79 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22
Service de restauration et de collation
Paragraphe 79 (2) Le titulaire de permis veille à ce qui suit :
b) aucun repas n'est servi à un résident qui a besoin d'aide pour manger ou boire avant que quelqu'un soit disponible pour lui fournir l'aide dont il a besoin.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'aucun repas ne soit servi à des personnes résidentes avant que le personnel ou d'autres personnes soient disponibles pour les aider.

Justification et résumé

Une inspection découlant d'un incident critique et d'une plainte ainsi qu'une inspection de suivi ont été effectuées.

Lors de l'observation du service de repas, le personnel a été vu en train de laisser un bol de soupe à des personnes résidentes identifiées. La soupe a été placée devant les personnes résidentes à une heure déterminée. Un membre du personnel s'est assis pour aider deux des personnes résidentes identifiées cinq minutes plus tard. Un deuxième membre personnel s'est assis pour aider une des trois personnes résidentes six minutes plus tard. La quatrième personne résidente n'a pas été aidée pour sa soupe pendant l'observation.

Le dossier de santé clinique des personnes résidentes a été examiné. Toutes les personnes résidentes ont besoin d'une aide importante, voire totale, de la part du personnel pendant les repas.

Le chef des services alimentaires a confirmé que le personnel devait s'asseoir à côté des personnes ayant besoin d'une aide pour prendre leurs repas avant que le repas ne soit placé devant elles.

Le fait que le titulaire de permis n'ait pas veillé à ce que les personnes résidentes ne se voient pas servir leur repas tant que le personnel ou d'autres personnes ne sont pas disponibles pour les aider a entraîné un risque de préjudice et une expérience de repas désagréable pour les personnes résidentes.

Sources : Observations et un entretien avec le chef des services alimentaires.

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

Problème de conformité n° 011 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).
Non-respect : de l'alinéa 102 (4) a) du Règl. de l'Ont. 246/22
Programme de prévention et de contrôle des infections
Paragraphe 102 (4) Le titulaire de permis veille à ce qui suit :
a) la coordination et la mise en œuvre du programme sont fondées sur une approche d'équipe multidisciplinaire;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de prévention et de contrôle des infections soit respecté par l'ensemble 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 du Centre-Est
33, rue King Ouest, 4e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Conformément au paragraphe 23 (1) de la *LRSLD* (2021), le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soit instauré, à l'égard du foyer, un programme de prévention et de contrôle des infections

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, si la Loi ou le présent règlement exige que le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée ait, établisse ou par ailleurs mette en place un plan, une politique, un protocole, un programme, une marche à suivre, une stratégie, une initiative ou un système, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que ceux-ci soient respectés.

Justification et résumé

Une inspection découlant d'un incident critique et d'une plainte ainsi qu'une inspection de suivi ont été effectuées.

Une infirmière auxiliaire autorisée (IAA) a été observée en train de porter de manière inappropriée un équipement de protection individuelle (EPI) déterminé dans une aire résidentielle.

La politique du titulaire de permis en matière d'utilisation du masque – PCI (IPAC-Mask Use), indique que le foyer Pinecrest Nursing Home rétablira le port du masque universel en cas d'augmentation importante de la transmission de maladies au sein de la communauté environnante. La politique indique que le personnel doit porter son masque dans les sections accessibles aux résidents. La politique indique également que les masques doivent couvrir le nez et la bouche du personnel.

L'IAA a indiqué qu'elle avait oublié d'appliquer correctement son EPI après être sortie dehors. L'IAA a indiqué qu'elle savait qu'elle ne devait pas porter l'EPI sous le

menton et a confirmé qu'elle savait que l'EPI devait couvrir entièrement le nez, la bouche et le menton pour être efficace.

L'infirmière autorisée responsable de la prévention et du contrôle des infections (IA-PCI) a indiqué que le titulaire de permis avait imposé le port du masque universel à tout le personnel en raison de l'augmentation des infections au sein de la communauté. L'IA-PCI a indiqué que le personnel était tenu de porter l'EPI de manière appropriée dans toutes les sections accessibles aux résidents, conformément à la politique et à la pratique du titulaire de permis.

Le fait que le titulaire de permis ne s'assure pas que le personnel porte correctement son équipement de protection individuelle entraîne un risque de transmission de l'infection et présente des lacunes dans le programme de PCI du titulaire de permis.

Sources : Observations, politique du titulaire de permis en matière d'utilisation du masque – PCI (IPAC-Mask Use) et entretiens avec une IAA, l'IA-PCI et la directrice des soins.

AVIS ÉCRIT : Prévention et contrôle des infections

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'alinéa 102 (9) a) du Règl. de l'Ont. 246/22
Programme de prévention et de contrôle des infections
Paragraphe 102 (9) Le titulaire de permis veille à ce qui suit au cours de chaque quart de travail :

a) les symptômes indiquant la présence d'infections chez des résidents sont surveillés conformément aux normes ou protocoles que délivre le directeur en application du paragraphe (2);

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les personnes résidentes présentant des symptômes indiquant la présence d'une infection soient surveillées au cours de chaque quart de travail.

Justification et résumé

Le titulaire de permis a soumis au directeur un incident critique (IC) lié à une éclosion dans le foyer de soins de longue durée. L'éclosion a été déclarée par le bureau de santé publique.

La liste de cas du titulaire de permis pour l'éclosion a été examinée, et une personne résidente a été reconnue comme un cas confirmé au cours de l'éclosion.

Le dossier de santé clinique de la personne résidente a été examiné. La documentation indiquait qu'à une date donnée, une infirmière auxiliaire autorisée (IAA) a mentionné que le personnel avait signalé que la personne résidente présentait des symptômes d'infection et qu'elle avait été placée en isolement par la suite. La documentation ne mentionnait pas que la personne résidente avait été surveillée à chaque quart de travail après la date indiquée, et ce jusqu'à ce que ses symptômes disparaissent.

L'infirmière autorisée responsable de la prévention et du contrôle des infections (IA-PCI) et la directrice des soins ont confirmé que les personnes résidentes doivent être surveillées à chaque quart de travail lorsqu'elles présentent des symptômes indiquant la présence d'une infection.

Le fait que le titulaire de permis n'ait pas veillé à ce qu'une personne résidente présentant des symptômes d'une infection soit surveillée au cours de chaque quart de travail a entraîné un risque de préjudice pour cette personne, en particulier en ce qui concerne l'aggravation potentielle des symptômes.

Sources : Liste de cas d'éclosion du titulaire de permis, IC, dossier de santé clinique de la personne résidente, et entretiens avec l'IA-PCI et la directrice des soins.

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les personnes résidentes soient surveillées alors qu'elles présentaient des symptômes indiquant la présence d'une infection.

Justification et résumé

Le titulaire de permis a soumis au directeur un incident critique (IC) lié à une éclosion. L'éclosion a été déclarée par le bureau de santé publique de la région.

La liste de cas d'éclosion du titulaire de permis, l'IC et les dossiers de santé cliniques d'une personne résidente reconnue comme un cas dans l'éclosion ont été examinés. La documentation indiquait que la personne résidente présentait des symptômes à une date donnée. La documentation n'indiquait pas que la personne résidente avait fait l'objet d'une surveillance à chaque quart de travail pendant qu'elle présentait des symptômes.

L'infirmière autorisée responsable de la prévention et du contrôle des infections (IA-PCI) a indiqué que les personnes résidentes présentant des symptômes d'infection devaient être surveillées à chaque quart de travail jusqu'à ce que leurs symptômes disparaissent.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les personnes résidentes présentant des symptômes indiquant la présence d'une infection soient surveillées au cours de chaque quart de travail jusqu'à ce que les symptômes disparaissent, ce qui a entraîné un risque de préjudice pour la personne résidente.

Sources : Dossier de santé clinique de la personne résidente, IC, liste de cas d'éclosion du titulaire de permis, déclaration de l'éclosion au bureau de santé publique, et entretien avec l'IA-PCI.

3. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les personnes résidentes soient surveillées alors qu'elles présentaient des symptômes indiquant la présence d'une infection.

Justification et résumé

Le titulaire de permis a soumis au directeur un incident critique (IC) lié à une éclosion. L'éclosion a été déclarée par le bureau de santé publique de la région.

La liste de cas d'éclosion du titulaire de permis, l'IC et les dossiers de santé cliniques d'une personne résidente reconnue comme un cas dans l'éclosion ont été examinés. La documentation indiquait que la personne résidente présentait des symptômes à une date donnée. La documentation n'indiquait pas que la personne résidente avait fait l'objet d'une surveillance à chaque quart de travail pendant qu'elle présentait des symptômes.

L'infirmière autorisée responsable de la prévention et du contrôle des infections (IA-PCI) a indiqué que les personnes résidentes présentant des symptômes d'infection

devaient être surveillées à chaque quart de travail jusqu'à ce que leurs symptômes disparaissent.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les personnes résidentes présentant des symptômes indiquant la présence d'une infection soient surveillées au cours de chaque quart de travail jusqu'à ce que les symptômes disparaissent, ce qui a entraîné un risque de préjudice pour la personne résidente.

Sources : Dossier de santé clinique de la personne résidente, IC, liste de cas d'éclosion du titulaire de permis, déclaration de l'éclosion au bureau de santé publique, et entretien avec l'IA-PCI.

4. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les personnes résidentes présentant des symptômes indiquant la présence d'une infection soient surveillées au cours de chaque quart de travail.

Justification et résumé

Le titulaire de permis a soumis au directeur un incident critique (IC) lié à une éclosion dans le foyer de soins de longue durée. L'éclosion a été déclarée par le bureau de santé publique.

La liste de cas du titulaire de permis pour l'éclosion a été examinée, et une personne résidente a été reconnue comme un cas confirmé au cours de l'éclosion.

Le dossier de santé clinique de la personne résidente a été examiné. La documentation indiquait que la personne résidente présentait des symptômes d'infection à une date donnée. Une infirmière auxiliaire autorisée (IAA) a indiqué que l'état de santé de la personne résidente s'était modifié et qu'elle présentait des

symptômes d'infection. À une date donnée, la documentation indique que la personne résidente a fait l'objet d'une évaluation plus poussée et qu'elle présentait d'autres symptômes. La documentation n'indiquait pas que la personne résidente était constamment surveillée pour détecter les symptômes d'infection pendant qu'elle présentait des symptômes.

L'infirmière autorisée responsable de la prévention et du contrôle des infections (IA-PCI) et la directrice des soins ont confirmé que les personnes résidentes doivent être surveillées à chaque quart de travail lorsqu'elles présentent des symptômes indiquant la présence d'une infection.

Le fait que le titulaire de permis n'ait pas veillé à ce qu'une personne résidente présentant des symptômes d'une infection soit surveillée au cours de chaque quart de travail a entraîné un risque de préjudice pour cette personne, en particulier en ce qui concerne l'aggravation potentielle des symptômes.

Sources : Liste de cas d'éclosion du titulaire de permis, IC, dossier de santé clinique de la personne résidente, et entretiens avec l'IA-PCI et la directrice des soins.

5. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des mesures immédiates soient prises pour réduire la transmission de l'infection lors d'une éclosion.

Justification et résumé

Le titulaire de permis a soumis un incident critique (IC) lié à une éclosion.

Le titulaire de permis a soumis au directeur un incident critique (IC) lié à une éclosion dans le foyer de soins de longue durée. L'éclosion a été déclarée par le bureau de santé publique.

La liste de cas du titulaire de permis pour l'éclosion a été examinée, et une personne résidente a été reconnue comme un cas confirmé au cours de l'éclosion.

Le dossier de santé clinique de la personne résidente a été examiné. La documentation indiquait que la personne résidente présentait des symptômes d'infection à une date donnée. Une infirmière auxiliaire autorisée (IAA) a indiqué que l'état de santé de la personne résidente s'était modifié et qu'elle présentait des symptômes d'une infection. À une date donnée, la documentation indique que la personne résidente a fait l'objet d'une évaluation et qu'elle présentait d'autres symptômes. La documentation n'indiquait pas que des mesures immédiates avaient été prises lorsque la personne résidente avait été évaluée comme présentant des symptômes d'infection.

L'infirmière autorisée responsable de la prévention et du contrôle des infections (IA-PCI) a indiqué que des mesures immédiates devaient être prises, en particulier l'isolement d'une personne résidente qui présente des symptômes d'infection.

Le fait que le titulaire de permis n'ait pas pris de mesures immédiates lorsqu'une personne résidente présentait les symptômes d'une infection constituait un risque pour les autres, en particulier lors d'une éclosion dans le foyer de soins de longue durée.

Sources : Liste de cas d'éclosion du titulaire de permis, IC, dossier de santé clinique de la personne résidente, et entretien avec l'IA-PCI.

6. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des mesures immédiates soient prises pour réduire la transmission de l'infection lors d'une éclosion.

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, 4e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Justification et résumé

Le titulaire de permis a soumis un incident critique (IC) lié à une éclosion.

Le titulaire de permis a soumis au directeur un incident critique (IC) lié à une éclosion dans le foyer de soins de longue durée. L'éclosion a été déclarée par le bureau de santé publique.

La liste de cas du titulaire de permis pour l'éclosion a été examinée. Une personne résidente a été reconnue comme un cas confirmé au cours de l'éclosion.

Le dossier de santé clinique de la personne résidente a été examiné. La documentation indiquait qu'à une date donnée, une infirmière auxiliaire autorisée (IAA) a mentionné que le personnel avait signalé que la personne résidente présentait des symptômes d'une infection. La documentation indiquait que la personne résidente n'a été placée en isolement que plus tard dans la journée. La documentation n'indiquait pas que l'IAA avait pris des mesures immédiates.

L'infirmière autorisée responsable de la prévention et du contrôle des infections (IA-PCI) a indiqué que des mesures immédiates devaient être prises, en particulier l'isolement d'une personne résidente qui présente des symptômes d'infection.

Le fait que le titulaire de permis n'ait pas pris de mesures immédiates lorsqu'une personne résidente présentait les symptômes d'une infection constituait un risque pour les autres, en particulier lors d'une éclosion dans le foyer de soins de longue durée.

Sources : Examen de la liste de cas d'éclosion du titulaire de permis, de l'IC, du dossier de santé clinique de la personne résidente, et entretien avec l'IA-PCI.

7. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des mesures immédiates soient prises pour réduire la transmission de l'infection et isoler les personnes résidentes comme il se doit.

Justification et résumé

Le titulaire de permis a soumis au directeur un incident critique (IC) lié à une éclosion.

La liste de cas d'éclosion du titulaire de permis, l'IC et les dossiers de santé cliniques d'une personne résidente reconnue comme un cas dans l'éclosion ont été examinés. La documentation indiquait qu'à une date donnée, une personne résidente a signalé qu'elle présentait des symptômes d'infection. L'infirmière autorisée (IA) a évalué que la personne résidente présentait des symptômes indiquant une infection. La documentation n'indiquait pas que des mesures immédiates avaient été prises pour prévenir la transmission d'une infection potentielle à d'autres personnes. La documentation indiquait que la personne résidente a continué à présenter des symptômes d'infection et que, quelques heures plus tard, elle a été placée en isolement.

L'infirmière autorisée responsable de la prévention et du contrôle des infections (IA-PCI) a indiqué que la personne résidente aurait dû être placée en isolement en raison de ses symptômes, et que la personne résidente avait indiqué qu'elle avait des symptômes de rhume.

Le fait de ne pas avoir pris de mesures immédiates pour isoler une personne résidente qui présentait des symptômes d'infection, lors d'une éclosion, a entraîné un préjudice lié à la transmission de l'infection.

Sources : Examen de l'IC, de la liste de cas d'éclosion du titulaire de permis, du dossier de santé clinique de la personne résidente et entretien avec l'IA-PCI.

8. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des mesures immédiates soient prises pour réduire la transmission de l'infection et isoler les personnes résidentes comme il se doit.

Justification et résumé

Le titulaire de permis a soumis au directeur un incident critique (IC) lié à une éclosion. L'éclosion a été déclarée par le bureau de santé publique de la région.

La liste de cas d'éclosion du titulaire de permis, l'IC et les dossiers de santé cliniques d'une personne résidente reconnue comme un cas dans l'éclosion ont été examinés. La documentation indiquait qu'à une date donnée, le personnel infirmier autorisé a évalué que l'état de la personne résidente avait changé et qu'elle présentait des symptômes d'infection. La documentation examinée n'indiquait pas que des mesures immédiates avaient été prises pour prévenir la transmission d'une infection potentielle à d'autres personnes.

L'infirmière autorisée responsable de la prévention et du contrôle des infections (IA-PCI) a indiqué que la personne résidente aurait dû être placée en isolement, compte tenu de l'éclosion en cours et de l'évolution de l'état de santé de la personne résidente à une date donnée.

Le fait de ne pas avoir pris de mesures immédiates pour isoler une personne résidente qui présentait des symptômes d'infection, lors d'une éclosion, a entraîné un préjudice lié à la transmission de l'infection.

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, 4e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Sources : IC, liste de cas d'éclosion du titulaire de permis, dossier de santé clinique de la personne résidente et entretien avec l'IA-PCI.

9. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des mesures immédiates soient prises pour réduire la transmission de l'infection lors d'une éclosion.

Justification et résumé

Le titulaire de permis a soumis au directeur un incident critique (IC) lié à une éclosion dans le foyer de soins de longue durée. L'éclosion a été déclarée par le bureau de santé publique.

La liste de cas du titulaire de permis pour l'éclosion a été examinée, et une personne résidente a été reconnue comme un cas confirmé au cours de l'éclosion.

Le dossier de santé clinique de la personne résidente a été examiné. La documentation indiquait qu'à une date donnée, une infirmière autorisée (IA) a noté que la personne résidente avait indiqué qu'elle présentait des symptômes d'infection. L'IA a documenté son évaluation, indiquant que la personne résidente présentait des symptômes. La documentation indiquait que le lendemain, la personne résidente a été évaluée par l'IA responsable de la prévention et du contrôle des infections (IA-PCI), et que cette dernière a placé la personne résidente en isolement et qu'elle a obtenu des tests de diagnostic pour exclure une infection précise. L'IA-PCI a indiqué dans sa documentation que la personne résidente avait mentionné qu'elle présentait des symptômes depuis deux jours. La documentation n'indiquait pas que l'IA a pris des mesures immédiates pour isoler une personne résidente qui présentait des symptômes d'infection.

L'IA-PCI a indiqué que des mesures immédiates devaient être prises, en particulier l'isolement d'une personne résidente qui présente des symptômes d'infection.

Le fait que le titulaire de permis n'ait pas pris de mesures immédiates lorsqu'une personne résidente présentait les symptômes d'une infection a constitué un risque pour les autres, en particulier lors d'une éclosion dans le foyer de soins de longue durée.

Sources : Liste de cas d'éclosion du titulaire de permis, IC, dossier de santé clinique de la personne résidente, et entretien avec l'IA-PCI.

AVIS ÉCRIT : Avis : incidents

Problème de conformité nº 013 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).
Non-respect : de l'alinéa 104 (1) a) du Règl. de l'Ont. 246/22
Avis : incidents
Paragraphe 104 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le mandataire spécial du résident, s'il y en a un, et toute autre personne que précise le résident :
a) soient avisés dès qu'il prend connaissance d'un incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitements ou de négligence envers le résident qui lui a causé une lésion physique ou des douleurs ou encore des souffrances qui pourraient nuire à sa santé ou à son bien-être;

1. Le titulaire de permis a omis d'aviser immédiatement le mandataire spécial de la personne résidente d'un incident présumé, soupçonné ou observé de mauvais traitements infligés à la personne résidente, ayant entraîné de la douleur ou de la détresse chez cette dernière.

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, 4e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Justification et résumé

Le directeur a reçu une plainte portant sur des allégations de mauvais traitements infligés à une personne résidente par le personnel.

L'auteur de la plainte a indiqué que l'incident présumé s'était produit à une date précise, pendant son quart de travail. L'auteur de la plainte a décrit l'incident. L'auteur de la plainte a indiqué que la personne résidente exprimait un malaise au moment de l'incident. L'auteur de la plainte a indiqué que ce qu'il avait observé était des mauvais traitements et qu'il avait immédiatement signalé l'incident à une infirmière autorisée responsable (IA).

Le dossier de santé clinique de la personne résidente a été examiné. La documentation n'indiquait pas que le mandataire spécial de la personne résidente avait été informé de l'incident.

L'IA a indiqué qu'elle n'avait pas informé le mandataire spécial de la personne résidente de l'incident présumé.

Le fait de ne pas signaler l'incident présumé au mandataire spécial de la personne résidente pose des problèmes liés au manque de transparence et de divulgation de l'incident de mauvais traitements présumé et empêche le mandataire spécial de la personne résidente d'apporter son soutien à cette dernière à la suite de l'incident et de participer, le cas échéant, à l'enquête et à l'issue de l'incident présumé.

Sources : Plainte, dossier de santé clinique de la personne résidente, politique du titulaire de permis sur les mauvais traitements et la négligence (*Abuse and Neglect*

Policy 2023), et entretiens avec l'auteur de la plainte, une IA, et la directrice des soins

2. Le titulaire de permis a omis d'aviser immédiatement le mandataire spécial de la personne résidente d'un incident présumé, soupçonné ou observé de mauvais traitements infligés à la personne résidente, ayant entraîné de la douleur ou de la détresse chez cette dernière.

Justification et résumé

Le directeur a reçu une plainte portant sur des allégations de mauvais traitements infligés à une personne résidente par le personnel.

L'auteur de la plainte a indiqué que l'incident présumé s'était produit à une date précise et pendant son quart de travail. L'auteur de la plainte a décrit l'incident. L'auteur de la plainte a indiqué que la personne résidente exprimait un malaise. L'auteur de la plainte a indiqué qu'il avait fait sortir la personne résidente de la chambre et l'avait éloignée de la PSSP, puis avait signalé l'incident à une infirmière autorisée responsable (IA).

Le dossier de santé clinique de la personne résidente a été examiné. La documentation n'indiquait pas que le mandataire spécial de la personne résidente avait été informé de l'incident.

L'IA a indiqué qu'elle n'avait pas informé le mandataire spécial de la personne résidente de l'incident présumé.

Le fait de ne pas signaler l'incident présumé au mandataire spécial de la personne résidente pose des problèmes liés au manque de transparence et de divulgation de

l'incident de mauvais traitements présumé et empêche le mandataire spécial de la personne résidente d'apporter son soutien à cette dernière à la suite de l'incident et de participer, le cas échéant, à l'enquête et à l'issue de l'incident présumé.

Sources : Plainte, dossier de santé clinique de la personne résidente, politique du titulaire de permis sur les mauvais traitements et la négligence (*Abuse and Neglect Policy 2023*), et entretiens avec l'auteur de la plainte, une IA, et la directrice des soins.

AVIS ÉCRIT : Avis : incidents

Problème de conformité nº 014 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).
Non-respect : l'alinéa 104 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22
Avis : incidents
Paragraphe 104 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le mandataire spécial du résident, s'il y en a un, et toute autre personne que précise le résident :
b) soient avisés dans les 12 heures qui suivent le moment où il prend connaissance de tout autre incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitements ou de négligence envers le résident.

Le titulaire de permis n'a pas informé le mandataire spécial d'une personne résidente d'une allégation de mauvais traitements.

Justification et résumé

Une inspection découlant d'un incident critique et d'une plainte ainsi qu'une inspection de suivi ont été effectuées.

Lors de l'inspection des IC et de la plainte, les dossiers personnels des personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP) identifiés ont été examinés. La documentation faisait état d'une communication écrite adressée à la directrice des soins par une infirmière autorisée (IA), concernant une plainte d'une personne résidente, portant sur une manipulation inappropriée d'une personne résidente par une PSSP.

Le dossier de santé clinique de la personne résidente a été examiné. La documentation a confirmé que l'incident s'était produit. La documentation n'indiquait pas que le mandataire spécial de la personne résidente avait été informé de l'incident.

L'IA a confirmé qu'elle n'avait pas informé le mandataire spécial de l'incident, estimant qu'il ne s'agissait pas de mauvais traitements. L'administratrice a confirmé que le mandataire spécial de la personne résidente devait être informé des cas de mauvais traitements présumés, soupçonnés ou constatés.

Le fait que le titulaire de permis n'avise pas le mandataire spécial de la personne résidente de cas de mauvais traitements présumés pose des problèmes de transparence et de divulgation, entraîne des lacunes dans les soins et les services liés à la tolérance zéro du titulaire de permis en matière de mauvais traitements envers les résidents et empêche une personne résidente de recevoir le soutien de son mandataire spécial, au besoin.

Sources : Dossier de santé clinique de la personne résidente, dossiers d'employé des PSSP, politique du titulaire de permis sur les mauvais traitements et la négligence (*Abuse and Neglect Policy 2023*), et entretiens avec une IA, la directrice des soins et l'administratrice.

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, 4e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

AVIS ÉCRIT : Avis : police

Problème de conformité n° 015 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).
Non-respect : de l'article 105 du Règl. de l'Ont. 246/22
Avis : police
Article 105 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le service de police concerné soit immédiatement avisé de tout incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitements ou de négligence envers un résident s'il soupçonne que l'incident constitue une infraction criminelle. Règl. de l'Ont. 246/22, art. 105 et par. 390 (2).

Le titulaire de permis n'a pas immédiatement informé la police d'un incident allégué de mauvais traitements envers une personne résidente.

Justification et résumé

Le titulaire de permis a soumis au directeur un incident critique (IC) lié à des allégations de mauvais traitements infligés à une personne résidente par le personnel.

Le dossier de santé clinique d'une personne résidente, l'IC et l'enquête du titulaire de permis ont été examinés. La documentation indiquait qu'une PSSP avait signalé une allégation de mauvais traitements infligés à une personne résidente par le personnel, après avoir observé une personne résidente souffrant de blessures. La documentation indiquait que l'incident avait été signalé à une infirmière auxiliaire autorisée (IAA), qui l'avait à son tour signalé à une deuxième IAA. La documentation indiquait que l'incident présumé n'avait pas été immédiatement signalé à la police.

Les IAA ont confirmé qu'elles n'avaient pas signalé les mauvais traitements présumés à la police, car elles n'étaient pas conscientes de la gravité de l'incident jusqu'à ce que l'IAA qui entrait travailler leur demande pourquoi l'incident n'avait pas été signalé à la police et à d'autres personnes.

L'administratrice a confirmé que l'incident de mauvais traitements présumés aurait dû être immédiatement signalé à la police.

Le fait que le titulaire de permis n'ait pas avisé immédiatement la police en cas de tout incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitements infligés à une personne résidente a retardé l'enquête des autorités locales, entraîné des lacunes dans les soins et les services liés à la politique visant à promouvoir la tolérance zéro du titulaire de permis, et mis en danger la vie de la personne résidente et d'autres personnes.

Sources : Dossier de santé de la personne résidente, enquête du titulaire de permis, politique du titulaire de permis sur les mauvais traitements et la négligence (*Abuse and Neglect Policy 2023*), entretiens avec des IAA, l'IA-PCI, la directrice des soins et l'administratrice.

AVIS ÉCRIT : Embauche du personnel et acceptation de bénévoles

Problème de conformité n° 016 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).
Non-respect : de l'alinéa 252 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22
Embauche du personnel et acceptation de bénévoles

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, 4e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Paragraphe 252 (2) La vérification de dossiers de police doit répondre aux critères suivants :
b) être effectuée dans les six mois qui précèdent la date à laquelle le membre du personnel est embauché ou celle à laquelle le bénévole est accepté par le titulaire de permis.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une vérification du dossier de police soit effectuée avant l'embauche du personnel.

Justification et résumé

Une plainte a été déposée auprès du directeur portant sur des allégations de mauvais traitements infligés à des personnes résidentes par le personnel.

Lors de l'inspection découlant de la plainte, les dossiers du personnel ont été examinés en ce qui concerne les qualifications du personnel et les vérifications de dossiers de police. La documentation indiquait qu'un membre du personnel avait été embauché en tant que personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) à une date donnée. La documentation n'indiquait pas que le titulaire de permis avait obtenu une vérification du dossier de police pour ce membre du personnel avant son embauche ou avant que celui-ci ne prodigue des soins directs aux personnes résidentes.

L'administratrice a indiqué que tous les employés embauchés doivent avoir à leur dossier une vérification de dossier de police « négative » avant leur embauche. La directrice des soins a confirmé que le personnel avait été embauché sans vérification du dossier de police.

Le fait que le titulaire de permis n'ait pas veillé à ce qu'une vérification du dossier de police ait été effectuée avant l'embauche des personnes concernées a entraîné un risque de préjudice pour les personnes résidentes et des lacunes dans les soins et les services.

Sources : Dossiers du personnel déterminés et entretiens avec la directrice des soins et l'administratrice.

ORDRE DE CONFORMITÉ N° 001 Services d'hébergement – Obligations précises : propreté et bon état

Problème de conformité n° 017 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).
Non-respect : de l'alinéa 19 (2) c) de la *LRSLD* (2021)
Services d'hébergement
Paragraphe 19 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :
c) le foyer, l'ameublement et le matériel sont entretenus de sorte qu'ils soient sûrs et en bon état.

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

Le titulaire de permis doit :

1. L'administratrice, en collaboration avec le chef des services d'entretien, le titulaire de permis et un fournisseur de services sous contrat (si nécessaire), doit évaluer le délabrement de la chaussée, de l'allée piétonnière en béton et de la terrasse, et faire réparer ces aires. La documentation relative aux dates d'évaluation et aux

travaux réalisés doit être conservée et mise à la disposition de l'inspectrice ou de l'inspecteur sur demande.

2. L'administratrice, en collaboration avec le chef des services d'entretien et un fournisseur de services sous contrat (si nécessaire), doit s'assurer que la « substance noire » inconnue observée par l'inspectrice ou l'inspecteur sur le mur partiel situé dans une aire déterminée, ainsi que le mur et le plancher adjacents, dans la même aire, ont été nettoyés à fond et que tout dommage causé par l'enlèvement du mur partiel ou tout dommage causé par l'eau provenant de l'aquarium et de son retrait a été réparé. La documentation relative au nettoyage et à toute réparation nécessaire doit être datée, et les travaux effectués, le cas échéant, doivent être conservés et mis à la disposition de l'inspectrice ou l'inspecteur sur demande.

3. L'administratrice doit s'assurer que l'aire, en particulier le mur adjacent et le sol, a fait l'objet d'une évaluation pour détecter la présence de moisissures. Si les évaluations révèlent la présence de moisissures, l'administratrice veillera à ce qu'un entrepreneur qualifié soit engagé pour remédier à la situation, le cas échéant. La documentation relative aux dates d'évaluation et aux travaux réalisés doit être conservée et mise à la disposition de l'inspectrice ou de l'inspecteur sur demande.

Motifs
1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer soit entretenu de sorte à être sûr et en bon état.

Justification et résumé

Une inspection découlant d'un incident critique et d'une plainte ainsi qu'une inspection de suivi ont été effectuées.

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, 4e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Lors d'une visite du foyer de soins de longue durée, on a constaté que la chaussée ainsi que l'allée piétonnière en béton de l'entrée et de la terrasse étaient inégales, fissurées et qu'il manquait des morceaux de béton. Ces aires présentaient un risque visible de trébuchement et de chute. Les personnes résidentes ont été observées en train d'utiliser cet espace extérieur pour leur détente.

Le personnel des services d'entretien a indiqué qu'il n'était pas au courant des projets de réparation ou de remplacement des aires en mauvais état de la chaussée et de l'allée piétonnière de l'entrée et de la terrasse. Le personnel des services d'entretien a confirmé que l'avant du foyer, qui comprend la chaussée, l'allée piétonnière et la terrasse, est considéré comme un espace réservé aux personnes résidentes et qu'il est utilisé quotidiennement par ces dernières.

L'administratrice, qui supervise les services environnementaux, a indiqué qu'elle ne savait pas s'il était prévu de réparer ou de remplacer les endroits délabrés de la chaussée, de l'allée piétonnière de l'entrée et de la terrasse. L'administratrice a indiqué qu'elle ne savait pas si un fournisseur de services sous contrat avait été contacté au sujet du délabrement. L'administratrice a indiqué que la réparation ou le remplacement relevait de la responsabilité du titulaire de permis et n'était pas à la discrétion de l'administratrice pour ce qui est des commentaires.

Au moment de l'inspection, il n'y avait pas de plan officiel pour la réparation ou le remplacement des aires mentionnées ci-dessus.

Le fait que le titulaire de permis n'ait pas entretenu la chaussée, l'allée piétonnière de l'entrée et la terrasse de sorte qu'elles soient sûres et en bon état a causé un préjudice aux personnes résidentes et à d'autres personnes, notamment en raison d'un risque de trébuchement et de chute.

Sources : Observations, et un entretien avec le personnel des services d'entretien et l'administratrice.

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer soit entretenu de sorte qu'il soit sûr et en bon état.

Justification et résumé

Une inspection découlant d'un incident critique et d'une plainte ainsi qu'une inspection de suivi ont été effectuées.

Lors d'une visite du foyer de soins de longue durée, un mur partiel avec une cavité interne a été observé recouvert d'une substance noire. On a observé une déformation le long du mur partiel lui-même et à l'intérieur de la cavité. La substance noire observée s'étendait à l'intérieur de la cavité interne, le long du mur partiel et d'un mur intérieur adjacent, le long du plancher et sous le stratifié recouvrant le côté et l'avant du mur partiel. Le stratifié recouvrant l'intérieur de la cavité interne était soulevé et la substance noire a été observée sous et dans le stratifié et sur la surface du panneau de particules sous le stratifié. Les personnes résidentes ont été observées assises dans cette aire pendant et après les repas.

Le classeur des demandes de services d'entretien a été examiné. La préoccupation concernant la fuite de l'aquarium y était indiquée. Il n'y avait aucune documentation sur le plan de réparation ou de remplacement du mur partiel et de sa cavité interne ni sur le plan d'élimination de la substance noire recouvrant l'aire.

L'infirmière autorisée responsable de la prévention et du contrôle des infections (IA-PCI) a indiqué qu'un aquarium se trouvait auparavant dans la cavité interne du mur partiel et a précisé que l'aquarium fuyait et qu'il avait dû être enlevé. L'IA-PCI a

indiqué ne pas savoir ce qu'était la substance noire sur les murs, dans la cavité du mur partiel ou le long du plancher; elle a indiqué ne pas savoir si des réparations devaient être effectuées à cet endroit.

Le personnel des services d'entretien a confirmé qu'un grand aquarium fuyait depuis un certain temps et qu'il avait été récemment retiré de cet endroit. Le personnel des services d'entretien a indiqué que la substance noire était liée à un dégât d'eau causé par un aquarium qui fuyait. Le personnel des services d'entretien a indiqué qu'il n'était pas prévu de réparer ou d'enlever le mur partiel jusqu'à ce que l'inspectrice ou l'inspecteur fasse part de ses préoccupations.

L'administratrice a indiqué qu'à la suite de la discussion de l'inspectrice ou l'inspecteur avec l'IA-PCI, l'endroit qui avait été observé couvert d'une substance noire avait été recouvert de plastique et scellé. L'administratrice a indiqué qu'il était prévu d'enlever le mur partiel à un moment donné, mais que les plans n'avaient pas été officialisés.

Le fait de ne pas maintenir le foyer de soins de longue durée dans un état sûr et en bon état présentait un risque de préjudice pour les personnes résidentes et rendait leur milieu de vie guère accueillant.

Sources : Observations, examen du classeur des services d'entretien et entretiens avec l'IA-PCI, le personnel des services d'entretien et l'administratrice.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le
6 décembre 2024.

ORDRE DE CONFORMITÉ N° 002 Obligation du titulaire de permis d'enquêter, de répondre et d'agir

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, 4e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Problème de conformité n° 018 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).
Non-respect : du sous-alinéa 27 (1) a) (i) de la *LRSLD* (2021)
Obligation du titulaire de permis d'enquêter, de répondre et d'agir
Paragraphe 27 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :
a) les incidents suivants qui sont présumés, soupçonnés ou observés et dont il a connaissance ou qui lui sont signalés font l'objet d'une enquête immédiate :
(i) les mauvais traitements infligés à un résident par qui que ce soit,

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

Le titulaire de permis doit :

1. L'administratrice doit donner une formation en personne à une infirmière autorisée (IA) relativement à l'article 27 de la Loi et à la politique du foyer visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents. La formation en personne doit porter sur la garantie de la sécurité des personnes résidentes, l'enquête sur les mauvais traitements présumés, soupçonnés ou observés, et la notification des principaux intervenants, y compris, mais sans s'y limiter, le mandataire spécial de la personne résidente, le médecin et les autorités locales. La formation en personne doit être documentée, et comprendre la date, le nom et la signature du participant et du formateur, et le contenu de la formation. La documentation doit être conservée et mise immédiatement à la disposition de 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, 4e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Motifs

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que chaque incident présumé, soupçonné ou observé de mauvais traitements à l'égard d'une personne résidente fasse immédiatement l'objet d'une enquête.

Justification et résumé

Le directeur a reçu une plainte alléguant des mauvais traitements infligés à une personne résidente par le personnel.

L'auteur de la plainte a indiqué que l'incident allégué s'était produit à une date précise. L'auteur de la plainte a décrit l'incident. L'auteur de la plainte a indiqué que la personne résidente avait exprimé son malaise. L'auteur de la plainte a indiqué que ce qu'il avait observé était des mauvais traitements et qu'il avait signalé l'incident à une infirmière responsable et une infirmière autorisée (IA).

Le dossier de santé clinique de la personne résidente a été examiné. La documentation n'a pas permis de constater qu'un incident de mauvais traitements avait eu lieu à la date indiquée par l'auteur de la plainte.

L'IA a indiqué qu'elle se souvenait que l'incident de mauvais traitements présumés lui avait été signalé. L'IA a indiqué qu'au moment de l'incident présumé, elle pensait qu'il y avait deux PSSP en conflit de personnalités et que la première PSSP avait peut-être exagéré les événements de son observation pour mettre l'autre PSSP dans le pétrin. L'IA a indiqué qu'elle n'avait pas enquêté sur cette allégation. L'IA a indiqué qu'elle pensait que l'incident avait été signalé à la directrice des soins pour un suivi.

La directrice des soins a nié avoir eu connaissance de l'incident de mauvais traitements présumé. La directrice des soins a indiqué qu'aucune enquête n'avait été menée sur cet incident.

Le fait que le titulaire de permis n'ait pas enquêté sur les allégations de mauvais traitements infligés aux personnes résidentes a entraîné un risque de préjudice pour les personnes résidentes et des lacunes dans les soins et les services liés à sa politique visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements envers les résidents.

Sources : Plainte, dossier de santé clinique de la personne résidente, politique du titulaire de permis sur les mauvais traitements et la négligence (*Abuse and Neglect Policy 2023*), et entretiens avec l'auteur de la plainte, une IA, et la directrice des soins.

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que chaque incident présumé, soupçonné ou observé de mauvais traitements à l'égard d'une personne résidente fasse immédiatement l'objet d'une enquête.

Justification et résumé

Le directeur a reçu une plainte alléguant des mauvais traitements infligés à une personne résidente par le personnel.

L'auteur de la plainte a indiqué que l'incident allégué s'était produit à une date précise. L'auteur de la plainte a décrit l'incident dont il avait été témoin. L'auteur de la plainte a indiqué que la personne résidente avait exprimé son malaise. L'auteur de la plainte a indiqué qu'il avait signalé l'incident à une infirmière autorisée responsable. L'auteur de la plainte a indiqué qu'il s'agissait du deuxième incident de

mauvais traitements impliquant la PSSP avec des personnes résidentes au cours de ce quart de travail.

Le dossier de santé clinique de la personne résidente a été examiné. La documentation examinée n'a pas permis de constater qu'un incident de mauvais traitements avait eu lieu à la date indiquée par l'auteur de la plainte.

L'IA a indiqué qu'elle se souvenait que l'incident de mauvais traitements présumé lui avait été signalé. L'IA a indiqué qu'au moment de l'incident présumé, elle pensait qu'il y avait deux PSSP en conflit de personnalités et que la première PSSP avait peut-être exagéré les événements de son observation pour mettre l'autre PSSP dans le pétrin. L'IA a indiqué qu'elle n'avait pas enquêté sur cette allégation. L'IA a indiqué qu'elle pensait que l'incident allégué avait été signalé à la directrice des soins pour un suivi.

La directrice des soins a nié avoir eu connaissance de l'incident de mauvais traitements présumé. La directrice des soins a indiqué qu'aucune enquête n'avait été menée sur cet incident.

Le fait que le titulaire de permis n'ait pas enquêté sur les allégations de mauvais traitements infligés aux personnes résidentes a entraîné un risque de préjudice pour les personnes résidentes et des lacunes dans les soins et les services liés à sa politique visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements envers les résidents.

Sources : Plainte, dossier de santé clinique de la personne résidente, politique du titulaire de permis sur les mauvais traitements et la négligence (*Abuse and Neglect Policy 2023*), et entretiens avec l'auteur de la plainte, une IA, et la directrice des soins.

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, 4e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le
29 novembre 2024.

ORDRE DE CONFORMITÉ N° 003 Obligation du titulaire de permis d'enquêter, de répondre et d'agir

Problème de conformité n° 019 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).
Non-respect : de l'alinéa 27 (1) b) de la *LRSLD* (2021)
Obligation du titulaire de permis d'enquêter, de répondre et d'agir
Paragraphe 27 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :
b) les mesures appropriées sont prises en réponse à chaque incident;

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

Le titulaire de permis doit :

1. L'administratrice doit fournir une formation en personne à une infirmière autorisée (IA) déterminée concernant la politique du titulaire de permis visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements, particulièrement en ce qui a trait aux mesures à prendre lors d'incidents de mauvais traitements présumés, soupçonnés ou observés. La formation en personne doit être documentée, et comprendre la date, l'heure, le nom et la signature du participant et du formateur, et la matière discutée. La documentation doit être conservée et mise immédiatement à la disposition de 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, 4e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas pris les mesures appropriées en réponse à des incidents présumés de mauvais traitements infligés à des personnes résidentes.

Justification et résumé

Le directeur a reçu une plainte alléguant des mauvais traitements infligés à des personnes résidentes par le personnel.

L'auteur de la plainte a indiqué que les incidents allégués s'étaient produits à une date précise. L'auteur de la plainte a décrit l'incident dont il avait été témoin. L'auteur de la plainte a indiqué que ce qu'il avait observé était des mauvais traitements et qu'il avait immédiatement signalé l'incident à une infirmière autorisée responsable (IA). L'auteur de la plainte a indiqué que l'IA lui avait demandé de rester avec la PSSP et de signaler tout autre incident. L'auteur de la plainte a indiqué qu'il avait suivi les instructions de l'IA et qu'il était allé chercher la PSSP et avait été témoin d'un deuxième incident. L'auteur de la plainte a décrit l'incident dont il avait été témoin. L'auteur de la plainte a indiqué qu'il était intervenu et avait fait sortir la personne résidente de la chambre, l'avait emmenée dans un salon et avait ensuite signalé l'incident à l'IA. L'auteur de la plainte a indiqué qu'il avait été « grondé » pour avoir emmené la personne résidente dans le salon alors que l'IA lui avait dit de rester avec la PSSP.

Le dossier de santé clinique des personnes résidentes a été examiné. La documentation examinée n'a pas permis de constater qu'un incident de mauvais traitements avait eu lieu à la date indiquée par l'auteur de la plainte.

L'IA a indiqué qu'elle se souvenait que l'auteur de la plainte lui avait signalé les incidents de mauvais traitements présumés. L'IA a indiqué qu'au moment des

incidents présumés, elle pensait qu'il y avait deux PSSP en conflit de personnalités et que la première PSSP avait peut-être exagéré les événements de son observation pour mettre l'autre PSSP dans le pétrin. L'IA a indiqué que son commentaire indiquant de rester avec la PSSP était un effort pour amener les deux membres du personnel à travailler ensemble. L'IA a indiqué qu'au moment où les incidents de mauvais traitements présumés ont été signalés, elle n'a pas pris l'incident « au sérieux ». L'IA a indiqué qu'elle avait laissé un rapport sur les événements de la soirée à la directrice des soins pour qu'elle en assure le suivi.

Le fait que l'IA n'ait pas pris au sérieux les allégations de mauvais traitements infligés à une personne résidente a entraîné un risque de préjudice pour les personnes résidentes et a potentiellement contribué au fait que la deuxième personne résidente aurait subi des mauvais traitements et aurait été exposée à un risque de préjudice ce soir-là.

Sources : Plainte, dossier de santé clinique de la personne résidente, politique du titulaire de permis sur les mauvais traitements et la négligence (*Abuse and Neglect Policy 2023*), et entretiens avec l'auteur de la plainte, une IA, et la directrice des soins.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le
29 novembre 2024.

ORDRE DE CONFORMITÉ N° 004 Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

Problème de conformité n° 020 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).
Non-respect : de la disposition 2 du paragraphe 28 (1) de la *LRSLD* (2021)

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

District du Centre-Est
33, rue King Ouest, 4e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas
Paragraphe 28 (1) Quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner que l'un ou l'autre des cas suivants s'est produit ou peut se produire fait immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et communique les renseignements sur lesquels ils sont fondés :
2. Les mauvais traitements infligés à un résident par qui que ce soit ou la négligence envers un résident de la part du titulaire de permis ou du personnel, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident.

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

Le titulaire de permis doit :

1. La directrice des soins doit revoir en personne les définitions de mauvais traitements d'ordre affectif et d'ordre physique, ainsi que l'article 28 de la Loi avec les infirmières auxiliaires autorisées (IAA) et les infirmières autorisées (IA) identifiées. Conserver une trace écrite de la formation donnée, y compris la date, l'heure et la signature du participant et du formateur. Le document doit être conservé et mis immédiatement à la disposition de l'inspectrice ou l'inspecteur sur demande.

2. L'administratrice doit revoir en personne les définitions de mauvais traitements d'ordre affectif et d'ordre physique, ainsi que l'article 28 de la Loi avec la directrice des soins. Conserver une trace écrite de la formation donnée, y compris la date, l'heure et la signature du participant et du formateur. Le document doit être conservé et mis immédiatement à la disposition de l'inspectrice ou l'inspecteur sur demande.

3. L'administratrice doit procéder à des vérifications quotidiennes de tout incident de mauvais traitement d'une personne résidente signalé pendant une période de quatre semaines, afin de s'assurer que la politique du titulaire de permis visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements est respectée. Des mesures correctives doivent être prises immédiatement si des manquements sont constatés. Les vérifications doivent être documentées et inclure la date, l'heure, le numéro de l'incident critique, le nom et la signature des vérificateurs, ainsi que toute mesure corrective prise. La documentation doit être conservée et mise immédiatement à la disposition de l'inspectrice ou l'inspecteur sur demande.

Motifs

1. Le titulaire de permis n'a pas signalé immédiatement au directeur les mauvais traitements présumés, soupçonnés ou observés à l'égard d'une personne résidente.

Justification et résumé

Une inspection découlant d'un incident critique et d'une plainte ainsi qu'une inspection de suivi ont été effectuées.

Lors de l'inspection des IC et de la plainte, les dossiers d'employé des personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP) identifiées ont été examinés. La documentation faisait état d'une communication écrite adressée à la directrice des soins par une infirmière autorisée (IA), concernant une plainte d'une personne résidente, portant sur une manipulation inappropriée d'une personne résidente par une PSSP.

Le dossier de santé clinique de la personne résidente a été examiné. La documentation indiquait que la personne résidente s'était plainte auprès de l'IA des manipulations inappropriées de la PSSP. La documentation indiquait que la

personne résidente avait exprimé sa crainte d'être blessée par la PSSP. La documentation indiquait que l'IA ne pensait pas que l'incident était violent, car il n'y avait pas de blessure ou de douleur évaluée chez la personne résidente.

L'IA a confirmé qu'elle n'avait pas informé le directeur de l'incident, estimant qu'il ne s'agissait pas de mauvais traitements puisque la personne résidente n'avait pas de blessure apparente. L'IA a confirmé que la personne résidente était bouleversée par l'incident et qu'elle craignait d'être blessée par la PSSP. L'IA et la directrice des soins ont indiqué qu'elles étaient au courant de l'article 28 de la Loi, mais qu'elles pensaient pouvoir enquêter et déterminer elles-mêmes si l'incident était ou non un cas de mauvais traitements.

L'administratrice a confirmé que les incidents de mauvais traitements présumés, soupçonnés ou observés devaient être immédiatement signalés au directeur.

Le fait que le titulaire de permis ne signale pas immédiatement au directeur les cas de mauvais traitements présumés, soupçonnés ou observés retarde la communication entre le titulaire de permis et le directeur et entraîne des lacunes dans les soins et les services, en particulier en ce qui concerne la politique visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements envers les résidents.

Sources : Dossier de santé clinique de la personne résidente, dossiers d'employé des PSSP, politique du titulaire de permis sur les mauvais traitements et la négligence (*Abuse and Neglect Policy 2023*), et entretiens avec une IA, la directrice des soins et l'administratrice.

2. Le titulaire de permis n'a pas fait immédiatement rapport au directeur de mauvais traitements allégués envers 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 du Centre-Est
33, rue King Ouest, 4e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Conformément au paragraphe 2 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22, aux fins de la définition de « mauvais traitements » au paragraphe 2 (1) de la Loi, on entend par « mauvais traitements d'ordre physique » l'usage de la force physique de la part d'une personne autre qu'un résident pour causer des lésions corporelles ou de la douleur.

Justification et résumé

Le directeur a reçu une plainte alléguant des mauvais traitements infligés à une personne résidente par le personnel. L'incident allégué a impliqué une personne résidente et une PSSP.

L'auteur de la plainte a indiqué que l'incident allégué s'était produit à une date précise. L'auteur de la plainte a décrit l'incident dont il avait été témoin. L'auteur de la plainte a indiqué que la personne résidente exprimait un malaise au moment de l'incident. L'auteur de la plainte a indiqué que ce qu'il avait observé était des mauvais traitements et qu'il avait immédiatement signalé l'incident à une infirmière autorisée responsable (IA).

Le dossier de santé clinique de la personne résidente a été examiné. La documentation examinée n'a pas permis de constater qu'un incident de mauvais traitements avait eu lieu à la date indiquée par l'auteur de la plainte.

L'IA a indiqué qu'elle se souvenait que l'auteur de la plainte lui avait signalé les incidents de mauvais traitements présumés. L'IA a indiqué qu'au moment de l'incident présumé, elle pensait qu'il y avait deux PSSP en conflit de personnalités et que la première PSSP avait peut-être exagéré les événements de son observation pour mettre l'autre PSSP dans le pétrin. L'IA a indiqué qu'elle avait signalé l'incident

présumé à la directrice des soins le lendemain. L'IA a confirmé que les mauvais traitements présumés n'avaient pas été signalés au directeur, mais a indiqué, avec le recul, qu'ils auraient dû l'être.

La directrice des soins a nié avoir eu connaissance de l'incident de mauvais traitements présumé à l'égard de la personne résidente. Elle a aussi confirmé que l'incident n'avait pas été signalé au directeur.

Le fait que le titulaire de permis ne signale pas au directeur les cas de mauvais traitements présumés, soupçonnés ou observés à l'égard des personnes résidentes retarde le partage de la communication et empêche le ministère des Soins de longue durée de procéder à des inspections éventuelles, le cas échéant. Le fait de ne pas signaler au directeur les incidents de mauvais traitements présumés, soupçonnés ou constatés a entraîné des lacunes dans les soins et les services, en particulier en ce qui concerne la politique du titulaire de permis visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements.

Sources : Plainte, dossier de santé clinique de la personne résidente, politique du titulaire de permis sur les mauvais traitements et la négligence (*Abuse and Neglect Policy 2023*), et entretiens avec l'auteur de la plainte, une IA, la directrice des soins et l'administratrice.

3. Le titulaire de permis n'a pas fait immédiatement rapport au directeur de mauvais traitements allégués envers une personne résidente.

Conformément au paragraphe 2 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22, aux fins de la définition de « mauvais traitements » au paragraphe 2 (1) de la Loi, on entend par « mauvais traitement d'ordre physique » l'usage de la force physique de la part

d'une personne autre qu'un résident pour causer des lésions corporelles ou de la douleur.

Justification et résumé

Le directeur a reçu une plainte alléguant des mauvais traitements infligés à une personne résidente par le personnel.

L'auteur de la plainte a indiqué que l'incident allégué s'était produit à une date précise. L'auteur de la plainte a décrit l'incident dont il avait été témoin. L'auteur de la plainte a indiqué que la personne résidente avait exprimé un inconfort et était bouleversée à la suite de l'incident. L'auteur de la plainte a indiqué qu'il était intervenu, qu'il avait fait sortir la personne résidente de la chambre et qu'il avait immédiatement signalé l'incident à une infirmière autorisée responsable (IA). L'auteur de la plainte a indiqué qu'il s'agissait du deuxième incident « maltraitant » au cours duquel la PSSP s'était montrée maltraitante à l'égard de personnes résidentes au cours de ce quart de travail.

Le dossier de santé clinique de la personne résidente a été examiné. La documentation examinée n'a pas permis de constater qu'un incident de mauvais traitements avait eu lieu à la date indiquée par l'auteur de la plainte.

L'IA a indiqué qu'elle se souvenait que l'incident de mauvais traitements présumé lui avait été signalé. L'IA a indiqué qu'au moment de l'incident présumé, elle pensait qu'il y avait deux PSSP en conflit de personnalités et que la première PSSP avait peut-être exagéré les événements de son observation pour mettre l'autre PSSP dans le pétrin. L'IA a indiqué qu'elle avait signalé l'incident présumé à la directrice des soins le lendemain. L'IA a confirmé que les mauvais traitements présumés

n'avaient pas été signalés au directeur, mais a indiqué, avec le recul, qu'ils auraient dû l'être.

La directrice des soins a nié avoir eu connaissance de l'incident de mauvais traitements présumé. Elle a aussi indiqué que l'incident présumé n'avait pas été signalé au directeur.

Le fait que le titulaire de permis ne signale pas au directeur les cas de mauvais traitements présumés, soupçonnés ou observés à l'égard des personnes résidentes retarde le partage de la communication et empêche le ministère des Soins de longue durée de procéder à des inspections éventuelles, le cas échéant. Le fait de ne pas signaler au directeur les incidents de mauvais traitements présumés, soupçonnés ou observés a entraîné des lacunes dans les soins et les services, en particulier en ce qui concerne la politique du titulaire de permis visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements.

Sources : Plainte, dossier de santé clinique de la personne résidente, politique du titulaire de permis sur les mauvais traitements et la négligence (*Abuse and Neglect Policy 2023*), et entretiens avec l'auteur de la plainte, une IA, la directrice des soins et l'administratrice.

4. Le titulaire de permis n'a pas fait immédiatement rapport au directeur de mauvais traitements allégués envers une personne résidente.

Justification et résumé

Le titulaire de permis a soumis au directeur un incident critique (IC) lié à des allégations de mauvais traitements infligés à une personne résidente par le personnel.

Le dossier de santé clinique d'une personne résidente, l'IC et l'enquête du titulaire de permis ont été examinés. La documentation indiquait qu'une PSSP avait signalé une allégation de mauvais traitements infligés à une personne résidente par le personnel, après avoir observé une personne résidente souffrant de blessures. La documentation indiquait que l'incident avait été signalé à une infirmière auxiliaire autorisée (IAA), qui l'avait à son tour signalé à une deuxième IAA. La documentation indique que l'incident présumé n'a pas été signalé au directeur avant que l'équipe suivante ne prenne son service.

Les IAA ont confirmé qu'elles n'avaient pas signalé les mauvais traitements présumés au directeur, car elles n'étaient pas conscientes de la gravité de l'incident jusqu'à ce que l'IAA qui entrait au travail leur demande pourquoi l'incident n'avait pas été signalé au directeur.

La directrice des soins a confirmé que l'incident de mauvais traitements présumés aurait dû être immédiatement signalé au directeur.

Le fait que le titulaire de permis ne signale pas immédiatement au directeur les cas de mauvais traitements présumés, soupçonnés ou observés à l'égard des personnes résidentes a entraîné des retards dans la communication des renseignements au directeur et a créé des lacunes dans la politique du titulaire de permis visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements envers les résidents.

Sources : IC, rapport après les heures d'ouverture, dossier de santé clinique de la personne résidente, politique du titulaire de permis sur les mauvais traitements et la négligence (*Abuse and Neglect Policy 2023*), et entretiens avec une PSSP, des IAA, la directrice des soins et l'administratrice.

5. Le titulaire de permis n'a pas fait immédiatement rapport au directeur de mauvais traitements allégués envers une personne résidente.

Conformément au paragraphe 2 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22, aux fins de la définition de « mauvais traitements » au paragraphe 2 (1) de la Loi, on entend par « mauvais traitement d'ordre physique » l'usage de la force physique de la part d'une personne autre qu'un résident pour causer des lésions corporelles ou de la douleur.

Justification et résumé

Le directeur a reçu un incident critique (IC) lié à des allégations de mauvais traitements infligés à une personne résidente. L'IC indiquait que le mandataire spécial de la personne résidente a fait part de ses inquiétudes quant aux mauvais traitements infligés à la personne résidente, à la suite des blessures qu'elle avait subies.

Le dossier de santé clinique d'une personne résidente, l'IC et l'enquête du titulaire de permis ont été examinés. La documentation indique que la directrice des soins était au courant de l'incident de mauvais traitements présumés à une date donnée, mais qu'elle n'a signalé l'incident au directeur que le lendemain.

La directrice des soins a indiqué qu'elle était au courant des exigences en matière de rapports prévues à l'article 28 de la Loi. La directrice des soins a confirmé qu'elle n'avait pas immédiatement signalé l'incident au directeur.

Le fait de ne pas signaler immédiatement les allégations de mauvais traitements retarde la communication des renseignements au directeur, retarde les inspections

éventuelles du ministère des Soins de longue durée et crée des lacunes dans la politique du titulaire de permis visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements.

Sources : IC, dossier de santé clinique de la personne résidente, enquête du titulaire de permis et entretiens avec la directrice des soins et l'administratrice.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le
29 novembre 2024

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 005 Température ambiante

Problème de conformité n° 021 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).
Non-respect : du paragraphe 24 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22
Température ambiante
Paragraphe 24 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que la température ambiante du foyer soit maintenue à au moins 22 degrés Celsius.

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

Le titulaire de permis doit :

1. Le titulaire de permis doit immédiatement prendre des mesures pour s'assurer que la température du foyer de soins de longue durée est maintenue à au moins 22 degrés Celsius.

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, 4e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

2. Le chef des services d'entretien (s'il est certifié), en collaboration avec un fournisseur de services contractuel certifié, doit inspecter le système de chauffage, de ventilation et de climatisation dans toutes les salles à manger, les salons, la salle d'activités et les couloirs résidentiels afin de déterminer s'il existe un problème empêchant de maintenir ces aires à une température d'au moins 22 degrés Celsius. Tout problème relevé lors de l'inspection doit être réparé. L'inspection et toute réparation connexe doivent être documentées et conservées sur place. La documentation conservée doit être immédiatement disponible pour l'inspectrice ou l'inspecteur sur demande.

3. Le chef des services d'entretien doit inspecter toutes les fenêtres et les portes des salles à manger, des salons et de la salle d'activités pour s'assurer qu'elles sont correctement scellées et que le calfeutrage et les joints d'étanchéité sont intacts afin d'éviter les courants d'air qui pourraient contribuer à ce que la température de l'air dans ces pièces ne soit pas maintenue à un minimum de 22 degrés Celsius. Cette inspection doit être documentée, y compris la date, tout problème constaté et corrigé. La documentation doit être conservée et mise immédiatement à la disposition de l'inspectrice ou l'inspecteur sur demande.

4. La directrice des soins, ou un responsable désigné, doit communiquer à nouveau à l'ensemble du personnel infirmier autorisé, y compris au personnel d'agence, la politique du titulaire de permis en ce qui concerne la température ambiante. La communication doit être documentée, y compris la date et la plate-forme utilisée pour communiquer la politique du titulaire de permis. La documentation doit être conservée et mise immédiatement à la disposition de l'inspectrice ou l'inspecteur sur demande.

5. L'administratrice, en collaboration avec le chef des services d'entretien et la directrice des soins, doit élaborer et mettre en œuvre un plan à appliquer lorsque la

température ambiante dans le foyer de soins de longue durée s'avère inférieure à 22 degrés Celsius. Ce plan doit être communiqué à toute personne chargée de prendre et d'enregistrer la température ambiante. Le plan élaboré et sa communication doivent être documentés, et comprendre la date et l'heure auxquelles le plan a été communiqué, les personnes à qui on l'a communiqué et qui l'a fait. La documentation doit être conservée et mise immédiatement à la disposition de l'inspectrice ou l'inspecteur sur demande.

6. L'administratrice et/ou la personne responsable désignée doivent effectuer des vérifications trois fois par jour, le jour, le soir et la nuit, pendant une période de deux semaines, afin de s'assurer que la température ambiante dans les salles à manger, les salons, la salle d'activités et les couloirs résidentiels est maintenue à une température minimale de 22 degrés Celsius. Toute déficience constatée doit être immédiatement corrigée afin de garantir que la température ambiante est maintenue conformément à la législation. Les vérifications et toute mesure corrective prise doivent être conservées et mises immédiatement à la disposition de l'inspectrice ou l'inspecteur sur demande.

7. Les températures ambiantes relevées et enregistrées doivent être examinées quotidiennement dans tous les rapports d'équipe et lors des réunions de direction, pendant une période de quatre semaines, afin de s'assurer que la température ambiante dans les chambres des personnes résidentes, les salles à manger, les salons, la salle d'activités et les couloirs résidentiels est maintenue à une température minimale de 22 degrés Celsius. Toute déficience constatée doit être immédiatement corrigée afin de garantir que la température ambiante est maintenue conformément à la législation. La documentation relative aux contrôles de la température ambiante dans les rapports d'équipe et les réunions de direction doit être conservée et mise immédiatement à la disposition de 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, 4e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Motifs
Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la température ambiante du foyer de soins de longue durée soit maintenue à au moins 22 degrés Celsius (C).

Justification et résumé

Une inspection découlant d'un incident critique et d'une plainte ainsi qu'une inspection de suivi ont été effectuées.

Lors d'une visite du foyer de soins de longue durée, on a constaté que la température du salon était de 21,1 degrés Celsius.

Une infirmière auxiliaire autorisée (IAA) a confirmé que le salon était une section accessible aux résidents. L'administratrice a confirmé que le foyer de soins de longue durée devait être maintenu à une température minimale de 22 degrés Celsius.

Le fait de ne pas maintenir une température minimale de 22 degrés Celsius dans le foyer de soins de longue durée a été source d'inconfort pour les personnes résidentes.

Sources : Observations, et entretiens avec une IAA et l'administratrice.

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la température ambiante du foyer de soins de longue durée soit maintenue à au moins 22 degrés Celsius (C).

Justification et résumé

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, 4e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Une inspection découlant d'un incident critique et d'une plainte ainsi qu'une inspection de suivi ont été effectuées.

Tout au long de l'inspection, l'inspectrice ou l'inspecteur a eu l'impression que le foyer de soins de longue durée était « froid ». Les personnes résidentes ont indiqué qu'elles avaient froid.

Les températures ambiantes relevées et enregistrées par le personnel infirmier autorisé sur des feuilles de « registre des températures » ont été examinées. La documentation a révélé que la température ambiante dans certaines aires du foyer de soins de longue durée était inférieure à 22 degrés Celsius (C) à de nombreuses dates et heures. La documentation examinée n'indiquait pas que des mesures correctives avaient été prises pour maintenir la température ambiante à un minimum de 22 degrés Celsius.

Les températures ambiantes ont été relevées et enregistrées par l'inspectrice ou l'inspecteur dans les aires communes résidentielles indiquées et dans les couloirs. Les températures relevées étaient inférieures à 22 degrés C dans ces aires.

Une infirmière autorisée (IA) a indiqué que le foyer de soins de longue durée est souvent « froid ». L'IA a indiqué qu'elle notait la température, mais qu'elle n'avait pas été invitée à prendre des mesures correctives si les températures étaient inférieures à 22 degrés C.

Le fait que le titulaire de permis ne maintienne pas le foyer de soins de longue durée à une température d'au moins 22 degrés Celsius a causé de l'inconfort aux personnes résidentes.

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

District du Centre-Est
33, rue King Ouest, 4e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Sources : Observations, examen des registres de température, de la politique du titulaire de permis en matière de température ambiante (Air Temperature Policy), et entretiens avec une IA et la directrice des soins.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le
29 novembre 2024.

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

District du Centre-Est
33, rue King Ouest, 4e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

RENSEIGNEMENTS SUR LA RÉVISION/L'APPEL

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

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

La demande écrite de révision doit comprendre :

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

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

Directeur
a/s du coordonnateur des appels
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée du ministère des Soins de longue durée
438, avenue University, 8e 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.

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, 9e 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 8e 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.