

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Rapport public

Date d'émission du rapport : 27 novembre 2024

Numéro d'inspection : 2024-1592-0003

Type d'inspection :

Incident critique
Suivi

Titulaire de permis : The Corporation of the City of Kawartha Lakes

Foyer de soins de longue durée et ville : Victoria Manor Home for the Aged,
Lindsay

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 21 au 25 et du 28 au 31 octobre 2024 ainsi que le 1er novembre 2024

L'inspection concernait :

- Incident critique lié à de mauvais traitements d'ordre physique entre personnes résidentes
- Incident critique lié à de mauvais traitements d'ordre physique entre personnes résidentes
- Incident critique lié à l'utilisation de glucagon entraînant le transfert à l'hôpital de la personne résidente
- Suivi no 1 – alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, date d'échéance de mise en conformité : 13 septembre 2024
- Incident critique lié à un incident ayant entraîné une blessure – étouffement
- Incident critique lié à une chute d'une personne résidente entraînant une blessure
- Incident critique lié à l'administration de soins à une personne résidente de façon inappropriée
- Incident critique lié à un étouffement entraînant le décès

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

- Incident critique lié à de mauvais traitements d'ordre physique entre personnes résidentes

L'inspection a permis de fermer les demandes suivantes :

- Incident critique lié à une chute d'une personne résidente
- Incident critique lié à une chute d'une personne résidente
- Incident critique lié à une chute d'une personne résidente
- Incident critique lié à une chute d'une personne résidente

Ordres de conformité délivrés antérieurement :

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

Ordre n° 001 de l'inspection n° 2024-1592-0001 en vertu de l'alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

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

Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
Gestion des médicaments
Alimentation, nutrition et hydratation
Prévention et contrôle des infections
Foyer sûr et sécuritaire
Comportements réactifs
Normes de dotation, de formation et de soins
Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Foyer sûr et sécuritaire

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

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

Non-respect : de l'article 5 de la *LRSLD* (2021)

Foyer, milieu sûr et sécuritaire

Article 5. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer soit un milieu sûr et sécuritaire pour ses résidents.

Justification et résumé

Lors de la visite initiale du foyer, les inspectrices ou les inspecteurs ont remarqué la présence de cuisinettes (salles familiales) dans chaque unité accessible depuis les aires communes aux personnes résidentes. La présence de divers aliments, y compris du pain, des céréales, des craquelins, des biscuits et des pots de confiture et de beurre d'arachide, a été constatée sur les tables et les comptoirs.

Des observations ont été effectuées dans les salles familiales de deux aires du foyer. Les portes des salles des deux unités étaient ouvertes. Une affiche sur les portes indiquait qu'elles devaient être verrouillées en tout temps. Lors de l'observation, il y avait divers aliments sur les comptoirs, notamment de la confiture, du beurre d'arachide, des emballages de craquelins et de biscuits ainsi que des contenants de céréales. Aucune personne résidente ni aucun membre du personnel n'étaient présents dans la salle de l'une des unités au moment de l'observation. Une personne résidente était présente dans la salle familiale de la deuxième unité.

Le membre du personnel n° 129 a confirmé que la porte de la salle familiale devait toujours être verrouillée. Le membre du personnel n° 124 a indiqué que la porte de la salle familiale était toujours ouverte.

Le fait de ne pas verrouiller les portes des aires où des aliments sont à la disposition de toutes les personnes résidentes, y compris celles qui font l'objet de

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

modifications de texture ou de restrictions alimentaires, expose ces dernières au risque d'ingérer des aliments qui pourraient présenter un risque pour leur sécurité.

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

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

Non-respect : de l'alinéa 6 (1) c) de la *LRS LD* (2021)

Programme de soins

Paragraphe 6 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soit adopté, pour chaque résident, un programme de soins écrit qui établit ce qui suit :

c) des directives claires à l'égard du personnel et des autres personnes qui fournissent des soins directs au résident;

Justification et résumé

Un incident critique a été signalé au directeur en rapport avec une chute ayant causé une blessure à une personne résidente et pour laquelle elle a dû être transportée à l'hôpital.

La personne résidente n° 003 a été aperçue à trois reprises assise dans son fauteuil roulant, sur un harnais synthétique et étanche à l'air qui avait été mis sur un coussin anti-escarres (Roho).

Le physiothérapeute a précisé qu'il incombait aux infirmières de décider si un harnais devait rester sous une personne résidente ou être retiré. Il a affirmé que la personne résidente n° 003 avait un coussin Roho sur le siège de son fauteuil roulant. Il a souligné que le coussin Roho n'était pas efficace pour soulager la pression si un harnais étanche à l'air était laissé en place. Le physiothérapeute a

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

signalé qu'un harnais pour toute la journée pouvait être laissé en place, mais que le harnais étanche à l'air devait être retiré.

La personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) n° 130 et l'infirmière autorisée (IA) n° 116 ont déclaré que la personne résidente n° 003 ne devait pas rester assise sur un harnais pendant toute la journée. La PSSP n° 120 n'était pas tout à fait au courant des types de harnais qui pouvaient être laissés sous une personne résidente pendant toute la journée.

L'examen du programme de soins écrit de la personne résidente n° 003 a révélé qu'il n'y avait aucun document concernant les directives relatives au type de harnais à utiliser pour la personne résidente et précisant si cette dernière pouvait rester assise sur le harnais pendant toute la période où elle devait être dans le fauteuil roulant.

Le fait de ne pas veiller à ce que le personnel dispose de directives claires concernant le harnais à utiliser expose la personne résidente au risque de recevoir des soins inappropriés.

Sources : Observations d'une personne résidente; entretiens avec le personnel; examen des dossiers cliniques de personnes résidentes.

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

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

Non-respect : de l'alinéa 6 (11) b) de la *LRSLD* (2021)

Programme de soins

Paragraphe 6 (11) Lorsqu'un résident fait l'objet d'une réévaluation et que son programme de soins est réexaminé et révisé :

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

b) si le programme de soins est révisé parce que les soins qui y sont prévus se sont révélés inefficaces, le titulaire de permis veille à ce que des méthodes différentes soient prises en considération dans le cadre de la révision du programme.

Justification et résumé

Un incident critique a été signalé au directeur en rapport avec une chute ayant causé une blessure à une personne résidente, et pour laquelle elle a dû être transportée à l'hôpital.

L'examen des dossiers cliniques de la personne résidente a révélé que celle-ci avait fait quatre chutes au cours d'une période donnée. L'IA n° 116 a confirmé qu'aucun changement n'avait été apporté au programme de soins écrit de la personne résidente à la suite des chutes. L'IA n° 116 a précisé que les facteurs ayant contribué aux chutes avaient été établis peu de temps après l'admission de la personne résidente. L'examen des notes d'évaluation du physiothérapeute a démontré que la personne résidente avait besoin d'un équipement spécialisé pour réduire le risque de chute.

Le physiothérapeute a précisé qu'en attendant l'utilisation d'un accessoire fonctionnel, d'autres stratégies étaient en place pour prévenir les chutes. Le physiothérapeute a soutenu que le recours à un équipement précis n'empêcherait pas une chute de se produire. Le physiothérapeute a fait remarquer qu'une surveillance continue était le seul moyen d'éviter une chute.

L'examen des rapports mensuels du programme de sécurité des personnes résidentes (*Resident Safety Program Monthly Reports*) pendant une période donnée n'a dévoilé aucun renseignement sur les chutes de la personne résidente ni aucune recommandation visant à prévenir d'autres chutes.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que différentes approches soient envisagées et à ce que le programme de soins soit révisé après chaque chute a exposé la personne résidente à un risque permanent de chute.

Sources : Entretiens avec le personnel, examen du dossier clinique de la personne résidente et examen des procès-verbaux des réunions sur les rapports mensuels du programme de sécurité des personnes résidentes (*Resident Safety Program Monthly Reports*).

AVIS ÉCRIT : Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

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

Non-respect : de la disposition 2 du paragraphe 28 (1) de la *LRSLD* (2021)

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 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.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à faire immédiatement rapport au directeur des mauvais traitements infligés à une personne résidente par un membre du personnel et des renseignements sur lesquels ils étaient fondés.

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

Le directeur a reçu un rapport d'incident critique concernant des mauvais traitements entre personnes résidentes avec un jour de retard.

L'incident présumé a été consigné dans les dossiers cliniques des personnes résidentes par l'infirmière auxiliaire autorisée (IAA) d'agence n° 109. La directrice adjointe des soins a reconnu lors d'un entretien que le rapport avait été soumis tardivement et que l'incident n'avait pas été signalé immédiatement.

Le fait de ne pas en avoir informé immédiatement le directeur n'a pas eu d'incidence ou entraîné de risque pour la santé de la personne résidente en question ni pour la sécurité de l'ensemble des personnes résidentes.

Sources : Notes d'enquête du foyer, dossiers cliniques des personnes résidentes et entretien avec la directrice adjointe des soins.

AVIS ÉCRIT : Système de communication bilatérale

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

Non-respect : de l'alinéa 20 a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Système de communication bilatérale

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

a) il est aisément visible, accessible et utilisable par les résidents, le personnel et les visiteurs en tout temps;

Justification et résumé

En observant une personne résidente au cours de l'inspection, l'inspectrice ou l'inspecteur a constaté qu'environ dix minutes s'étaient écoulées sans qu'aucun

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

membre du personnel ne soit présent dans l'aire commune, au poste de soins infirmiers ou dans la salle de rapport d'une aire désignée du foyer. Des personnes résidentes étaient assises dans des fauteuils roulants et des chaises stationnaires au centre de la pièce et en périphérie.

Des observations ont été effectuées dans l'aire commune de trois aires du foyer. Des personnes résidentes ont été observées alors qu'elles étaient assises dans des fauteuils roulants et des chaises stationnaires au centre de la pièce et en périphérie. Il n'y avait pas de sonnette d'appel dans l'aire commune devant le poste de soins infirmiers où les personnes résidentes se rassemblent. Dans les trois aires observées, les sonnettes d'appel se trouvaient dans les petites salles à manger (pièce distincte et adjacente à l'aire commune) et dans les salles familiales (qui doivent rester verrouillées) de chaque unité.

Les PSSP ont fait observer que si une personne résidente de l'aire commune avait besoin d'aide, elle devait utiliser la sonnette d'appel de la salle à manger ou bien appeler le personnel ou crier pour demander de l'aide. Les PSSP ont précisé que les personnes résidentes n'étaient pas toutes au courant de l'existence de la sonnette d'appel de la salle à manger ou n'étaient pas toutes en mesure d'y accéder.

Le fait de ne pas veiller à ce que les personnes résidentes, les membres du personnel et les visiteurs aient tous accès à un système de communication et d'intervention entre les personnes résidentes et le personnel dans les aires communes, et à ce qu'il soit facilement visible, accessible et utilisable accroît le risque pour la sécurité des personnes résidentes.

Sources : Observation des aires communes de trois unités, entretiens avec des PSSP

AVIS ÉCRIT : Observation des instructions du fabricant

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

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

Non-respect : de l'article 26 du Règl. de l'Ont. 246/22

Observation des instructions du fabricant

Article 26. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le personnel utilise l'ensemble de l'équipement, des fournitures, des appareils, des appareils fonctionnels et des aides pour changer de position du foyer conformément aux instructions du fabricant.

Justification et résumé

Un incident critique a été signalé au directeur en rapport avec une chute ayant causé une blessure à une personne résidente, et pour laquelle elle a dû être transportée à l'hôpital.

À trois reprises, une personne résidente a été aperçue assise dans un fauteuil roulant, sur un harnais fabriqué avec des matériaux synthétiques (étanches à l'air).

L'examen des dossiers cliniques de la personne résidente a démontré qu'elle était traitée pour une blessure précise.

L'examen du programme de soins écrit de la personne résidente n'a révélé aucun document concernant le type de harnais à utiliser pour elle et n'a pas précisé si le harnais pouvait rester en place sous elle pendant toute la période où elle était assise dans le fauteuil roulant.

L'examen des directives du fabricant de harnais à boucles de la marque Arjo destinés aux transferts de personnes résidentes passives (04.SL.00-INT1_9.04/2022) a démontré que les harnais fabriqués avec des matériaux non tissés devaient seulement être utilisés pendant une période limitée. Si la décision consiste à laisser la personne résidente assise sur le harnais pendant une certaine période entre les transferts, on doit établir un programme de soins approprié en

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

accordant une attention particulière aux points de pression et aux intervalles de repositionnement fréquents.

Le physiothérapeute a souligné qu'une surface anti-escarres (coussin) sur le siège d'un fauteuil roulant était inefficace si la personne résidente était assise sur un harnais fabriqué avec des matériaux synthétiques (étanches à l'air) pendant toute la journée.

Le fait de ne pas avoir respecté les directives du fabricant relatives à l'utilisation du harnais a exposé la personne résidente au risque de développer des plaies de pression.

Sources : Observations de la personne résidente, entretien avec le physiothérapeute et examen des dossiers cliniques de la personne résidente et des directives du fabricant.

AVIS ÉCRIT : Programmes obligatoires

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

Non-respect : du paragraphe 54 (3) du Règl. de l'Ont. 246/22

Prévention et gestion des chutes

Paragraphe 54 (3) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que l'équipement, les fournitures, les appareils et les accessoires fonctionnels visés au paragraphe (1) soient facilement accessibles au foyer. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 54 (3).

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

Un incident critique a été signalé au directeur concernant un incident qui avait causé des blessures à une personne résidente et pour lequel cette dernière avait été transportée à l'hôpital.

Un examen des dossiers cliniques de la personne résidente a démontré que celle-ci avait été identifiée comme présentant un risque élevé de chute lors de son admission et qu'elle avait fait quatre chutes depuis son admission.

L'IA a précisé qu'après la troisième chute de la personne résidente, il y avait eu une discussion avec la famille, qui a demandé qu'un accessoire fonctionnel personnel soit ajouté au fauteuil roulant. Aucune modification n'a été apportée au programme de soins, et aucune intervention n'a été prise immédiatement pour éviter une nouvelle chute.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce qu'un accessoire fonctionnel soit facilement disponible au foyer et fixé au dispositif d'aide à la mobilité de la personne résidente a exposé cette dernière au risque de chutes répétées.

Sources : Entretien avec l'IA; examen des dossiers cliniques de la personne résidente.

AVIS ÉCRIT : Comportements réactifs

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

Non-respect : de l'alinéa 58 (4) c) du Règl. de l'Ont. 246/22

Comportements réactifs

Paragraphe 58 (4) Le titulaire de permis veille à ce qui suit pour chaque résident qui affiche des comportements réactifs :

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

c) des mesures sont prises pour répondre aux besoins du résident, notamment des évaluations, des réévaluations et des interventions, et les réactions du résident aux interventions sont documentées.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, pour une personne résidente qui manifestait des comportements réactifs, des mesures soient prises pour répondre aux besoins de la personne résidente, y compris la mise en œuvre d'interventions, et à ce que les réponses de la personne résidente à ces interventions soient documentées.

Justification et résumé

Un rapport d'incident critique en lien avec des mauvais traitements entre personnes résidentes a été signalé au directeur. L'incident n'a pas été signalé immédiatement au directeur, ce qui a retardé l'intervention à l'égard du comportement réactif de la personne résidente.

La personne résidente avait des antécédents connus de comportements réactifs et avait reçu des ordonnances d'intervention médicale toutes les six heures, selon les besoins. Un examen des dossiers cliniques a révélé que l'outil de surveillance du Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario – Système d'observation de la démence (BSO-DOS) n'avait pas été mis en place après l'incident.

Au cours d'un entretien, l'IAA du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement (Projet OSTC) a souligné que l'outil de surveillance du système d'observation de la démence (DOS) aurait dû être mis en place après l'incident et que des mesures d'intervention médicale auraient dû être prises telles qu'elles avaient été prescrites lorsque le comportement de la personne résidente s'est aggravé.

La politique de gestion des comportements réactifs (*Responsive Behaviours Management*) du foyer de soins de longue durée prévoit que si une personne

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

résidente a des antécédents connus de comportements réactifs au moment de son arrivée au foyer, l'outil de surveillance du BSO-DOS doit être mis en place, et une évaluation ou un renvoi au Projet OSTC doit être effectué pour cerner les risques et élaborer un plan visant à atténuer les risques pour les autres.

Le fait de ne pas avoir pris de mesures d'intervention médicale, selon les besoins, et de ne pas avoir mis en place l'outil de surveillance du BSO-DOS pour la personne résidente a entraîné une escalade des comportements réactifs et une aggravation des préjudices subis par les personnes résidentes.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente, registre d'administration des médicaments, politique de gestion des comportements réactifs (*Responsive Behaviours Management*) et entretien avec l'IAA du Projet OSTC.

AVIS ÉCRIT : Rapports et plaintes

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

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

Traitement des plaintes

Paragraphe 108 (1) Le titulaire de permis veille à ce que chaque plainte écrite ou verbale qu'il reçoit ou que reçoit un membre du personnel concernant les soins fournis à un résident ou l'exploitation du foyer soit traitée comme suit :

1. La plainte fait l'objet d'une enquête et d'un règlement, dans la mesure du possible, et une réponse conforme à la disposition 3 est donnée dans les 10 jours ouvrables qui suivent la réception de la plainte. S'il est allégué dans la plainte qu'un préjudice ou un risque de préjudice, notamment un préjudice physique, a été causé à un ou plusieurs résidents, l'enquête est menée immédiatement.
2. Si la plainte ne peut pas faire l'objet d'une enquête et d'un règlement dans les 10 jours ouvrables, un accusé de réception de la plainte est donné dans les 10 jours

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

ouvrables qui suivent la réception de la plainte. Il énonce notamment la date limite à laquelle l'auteur de la plainte peut raisonnablement s'attendre à un règlement et une réponse de suivi conforme à la disposition 3 est donnée dès que possible dans les circonstances.

3. La réponse fournie à l'auteur d'une plainte comprend ce qui suit :

- i. le numéro de téléphone sans frais du ministère à composer pour porter plainte au sujet des foyers, ses heures de service et les coordonnées de l'ombudsman des patients visé à la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous et au ministère*,
- ii. une explication de ce qui suit, selon le cas :
 - A. les mesures prises par le titulaire de permis pour régler la plainte,
 - B. le fait que le titulaire de permis croit la plainte non fondée, motifs à l'appui,
- iii. si le titulaire de permis était tenu de transmettre immédiatement la plainte en application de l'alinéa 26 (1) c) de la Loi, une confirmation qu'il l'a fait.

Justification et résumé

Le directeur a reçu un rapport d'incident critique en rapport avec l'utilisation de glucagon, ayant entraîné le transfert à l'hôpital d'une personne résidente. Le membre de la famille de la personne résidente a déposé une plainte auprès du foyer pour exprimer ses inquiétudes concernant les soins liés à la gestion de la maladie.

Un examen des documents figurant dans le dossier d'enquête du foyer a démontré qu'il n'y avait pas eu de réponse à la plainte. Aucune réponse écrite à la plainte n'a été jointe en tant que dossier à l'IC.

Le gestionnaire des services aux personnes résidentes et aux familles a soutenu qu'il était au courant de la plainte et qu'il l'avait transmise à la directrice des soins, car la plainte était de nature clinique. Le membre du personnel n° 121 a précisé qu'une réponse à une plainte écrite était requise dans les dix jours suivant la réception de 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, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Le fait de ne pas avoir donné suite à la plainte du plaignant peut avoir compromis la capacité du foyer de démontrer qu'il avait une préoccupation authentique à l'égard de la prestation de soins sûrs et appropriés.

Sources : entretien avec le membre du personnel n° 121, dossier d'enquête du foyer sur l'incident critique, examen du dossier clinique de la personne résidente.

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 001 Formation

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

Non-respect : du paragraphe 82 (2) de la *LRSLD* (2021)**Formation**

Paragraphe 82 (2) Le titulaire de permis veille à ce qu'aucune personne visée au paragraphe (1) n'assume ses responsabilités avant d'avoir reçu une formation dans les domaines mentionnés ci-dessous :

1. La déclaration des droits des résidents.
2. L'énoncé de mission du foyer de soins de longue durée.
3. La politique du foyer de soins de longue durée visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents.
4. L'obligation de faire rapport prévue à l'article 28.
5. Les protections qu'offre l'article 30.
6. La politique du foyer de soins de longue durée visant à réduire au minimum l'utilisation de la contention sur les résidents.
7. La prévention des incendies et la sécurité.
8. Les mesures d'urgence et le plan d'évacuation.
9. La prévention et le contrôle des infections.
10. L'ensemble des lois, des règlements, des politiques du ministère et des documents semblables, y compris les politiques du titulaire de permis, qui se rapportent aux responsabilités de la personne.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

11. Les autres domaines que prévoient les règlements.

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

1. L'équipe de direction, dirigée par l'administratrice, donnera une formation en personne dans tous les domaines visés au paragraphe 82 (2) de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée (LRSLD)* à l'ensemble des membres du personnel de l'agence Madyn Security et de toute autre agence qui travaillent au foyer.
2. Un registre écrit de la formation complète et un registre des connaissances connexes démontrées doivent être conservés. Ce registre comprendra la formation dispensée, le nom de la personne qui l'a donnée, un registre du test de connaissances, la date et l'heure de la formation ainsi que le nom et la signature des membres du personnel d'agence qui l'ont suivie. Ces dossiers doivent être mis à la disposition de l'inspectrice ou de l'inspecteur immédiatement sur demande.
3. L'administratrice élaborera un processus pour s'assurer que tous les membres du personnel d'agence et membres du personnel nouvellement recrutés reçoivent la formation requise au titre du paragraphe 82 (2) de la *LRSLD* ainsi que toute autre formation que leur rôle requiert avant de travailler au foyer. En cas d'urgence ou de circonstances exceptionnelles et imprévues, la formation doit être dispensée dans un délai d'une semaine à compter du moment où la personne commence à exercer ses responsabilités.
4. L'administratrice ou une personne désignée par la direction procédera à une vérification de tous les membres du personnel d'agence travaillant au foyer et membres du personnel recrutés au foyer depuis le 1^{er} janvier 2024 afin de veiller à ce que la formation complète requise ait été suivie et à ce que le foyer dispose d'un registre documenté de la formation. Tout manquement relevé sera consigné et le personnel concerné sera immédiatement formé conformément aux exigences de la législation. Un registre documenté de cette vérification, y compris la mesure corrective, doit être conservé et être mis immédiatement à la disposition de l'inspectrice ou l'inspecteur, à sa demande.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'aucun membre du personnel du foyer n'exerce ses fonctions avant d'avoir reçu une formation dans les domaines mentionnés ci-dessous :

1. La déclaration des droits des résidents.
2. L'énoncé de mission du foyer de soins de longue durée.
3. La politique du foyer de soins de longue durée visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents.
4. L'obligation de faire rapport prévue à l'article 28.
5. Les protections qu'offre l'article 30.
6. La politique du foyer de soins de longue durée visant à réduire au minimum l'utilisation de la contention sur les résidents.
7. La prévention des incendies et la sécurité.
8. Les mesures d'urgence et le plan d'évacuation.
9. La prévention et le contrôle des infections.
10. L'ensemble des lois, des règlements, des politiques du ministère et des documents semblables, y compris les politiques du titulaire de permis, qui se rapportent aux responsabilités de la personne.
11. Les autres domaines que prévoient les règlements.

Justification et résumé

Lors d'une première visite du foyer, on a constaté que des membres du personnel d'agence étaient assis à l'extérieur d'une chambre où une affiche indiquait que la personne résidente bénéficiant d'une surveillance individuelle et faisait l'objet de mesures de précaution supplémentaires. L'inspectrice ou l'inspecteur a demandé aux membres du personnel de préciser leur rôle au foyer ainsi que la formation qu'ils avaient suivie au foyer avant de commencer à y travailler.

La personne responsable du Projet OSTC a affirmé que l'orientation des nouveaux membres du personnel d'agence au foyer était facilitée par l'auto-examen du guide

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

d'accueil du personnel d'agence (*Agency Staff Welcome Guide*). La personne responsable du Projet OSTC a précisé que le foyer ne donnait pas de formation officielle en personne aux membres du personnel d'agence et qu'il n'y avait pas de formation sur les procédures d'urgence ou sur les procédures d'évacuation.

La directrice des soins a déclaré que les nouveaux membres du personnel devaient lire le guide, puis recevoir une formation complémentaire de la part d'autres membres du personnel concernant les politiques et procédures du foyer. La directrice des soins a souligné qu'il n'y avait pas de test pour confirmer les connaissances que les nouveaux membres du personnel devaient avoir après avoir lu le guide. La directrice des soins a fait observer que les membres du personnel chargés de la sécurité individuelle devaient intervenir en cas d'altercation impliquant la personne résidente qu'ils surveillaient ou si une réorientation était nécessaire.

Les membres du personnel chargés de la sécurité ont fait remarquer que le foyer s'attendait qu'ils lisent le guide d'accueil du personnel d'agence (*Agency Staff Welcome Guide*) qui leur avait été remis et qu'ils signent un formulaire d'accusé de réception (*Acknowledgement Form*) attestant qu'ils l'avaient lu. Les membres du personnel chargés de la sécurité ont précisé qu'ils n'avaient reçu aucune des politiques et procédures figurant sur le formulaire d'accusé de réception (*Acknowledgement Form*) concernant les codes d'urgence (*Emergency Codes*), les protocoles de mise en œuvre des restrictions (*Restraint Implementation Protocols*), la charte des droits des personnes résidentes (*Resident Bill of Rights*), les mesures de prévention des mauvais traitements et de la négligence (*Prevention of Abuse and Neglect*), la manipulation sécuritaire des personnes résidentes (*Safe Resident Handling*), et les restrictions (*Restraint*). Aucun des membres du personnel n'a été en mesure de décrire la procédure à suivre pour évacuer en toute sécurité une personne résidente en fauteuil roulant du deuxième étage du bâtiment en cas d'urgence. Aucun membre du personnel n'a été en mesure d'expliquer ce qu'était un code d'urgence.

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

Un examen du guide d'accueil du personnel d'agence (*Agency Staff Welcome Guide*) indique qu'il donne un aperçu des conseils en matière de communication, qu'il renferme un paragraphe relatif à la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence (*Zero Tolerance – Abuse and Neglect*) et qu'il présente les procédures en cas d'incendie (*Fire Procedures*), les codes utilisés au foyer ainsi que des renseignements sur la sécurité du bâtiment. Le guide n'englobe pas de renseignements sur la charte des droits des personnes résidentes (*Resident's Bill of Rights*), et le titulaire de permis ne disposait d'aucune politique sur les responsabilités du personnel.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que tout le personnel suive l'orientation requise a exposé les personnes résidentes à un risque de préjudice.

Sources : Entretiens avec la personne responsable du Projet OSTC, la directrice des soins et le personnel d'agence, examen du guide d'accueil du personnel d'agence de Sienna (*Sienna Agency Staff Welcome Guide*), et examen des formulaires d'accusé de réception (*Acknowledgement Forms*).

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 14 février 2025.

**ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 002 Programme de prévention
et de contrôle des infections**

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

Non-respect : de la disposition 3 du paragraphe 102 (7) du Règl. de l'Ont. 246/22
Programme de prévention et de contrôle des infections

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Paragraphe 102 (7) Le titulaire de permis veille à ce que le responsable de la prévention et du contrôle des infections désigné en application du paragraphe (5) s'acquitte des responsabilités suivantes au foyer :

3. Il surveille la formation sur la prévention et le contrôle des infections dispensée à l'ensemble du personnel, des fournisseurs de soins, des bénévoles, des visiteurs et des résidents.

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

1. La personne responsable de la prévention et du contrôle des infections (PCI) doit procéder à une évaluation des compétences en matière de PCI exigées pour tous les emplois au foyer.
2. L'administratrice doit veiller à ce que la personne responsable de la PCI élabore un programme de formation et d'éducation en personne axé sur la PCI pour le personnel d'agence des services non cliniques et en supervise la mise en œuvre. Ce programme doit porter notamment sur : l'hygiène des mains; la sélection, l'application, le retrait et l'élimination appropriés de l'équipement de protection individuelle (EPI); la distanciation physique; l'étiquette respiratoire; et les pratiques applicables de PCI.
3. La personne responsable de la PCI doit veiller à ce que tous les membres du personnel d'agence des services non cliniques suivent les modules de la formation en PCI pour le personnel des services non cliniques de Santé publique Ontario tels qu'ils sont présentés sur le site Web de ce dernier.
4. La personne responsable de la PCI doit veiller à ce qu'un registre écrit de la formation complète et un registre des connaissances connexes démontrées soient conservés. Ce registre comprendra la formation dispensée, le nom de la personne qui l'a donnée, un registre du test de connaissances, la date et l'heure de la formation ainsi que le nom et la signature des membres du personnel d'agence qui l'ont suivie. Ces dossiers doivent être mis à la disposition de l'inspectrice ou de l'inspecteur immédiatement sur demande.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne responsable de la prévention et du contrôle des infections désignée en vertu du paragraphe (5) assume les responsabilités suivantes dans le foyer : Il surveille la formation sur la prévention et le contrôle des infections dispensée à l'ensemble du personnel.

Justification et résumé

Lors d'une première visite du foyer, on a constaté que des membres du personnel d'agence chargés de la sécurité étaient assis à l'extérieur d'une chambre où une affiche indiquait que la personne résidente bénéficiait d'une surveillance individuelle et faisait l'objet de mesures de précaution supplémentaires. On a demandé aux membres du personnel ce que signifiait l'affiche. Les membres du personnel d'agence chargés de la sécurité n'ont pas été en mesure d'expliquer de vive voix leur compréhension de l'affiche ou leurs responsabilités concernant les mesures de précaution supplémentaires (EPI) qu'ils devraient prendre s'ils devaient entrer dans la chambre.

L'examen du guide d'accueil du personnel d'agence (*Agency Staff Welcome Guide*), qui est remis par le foyer et sert à former les nouveaux membres du personnel, a démontré que ce document renfermait un très bref paragraphe sur la prévention et le contrôle des infections, de même que des renseignements limités sur l'importance du lavage des mains, sur le fait qu'il est important de porter l'EPI, selon les besoins, et sur le fait que les membres du personnel ne doivent pas se présenter sur le lieu de travail s'ils sont malades.

La personne responsable actuelle de la PCI, qui est en poste depuis octobre 2024, a précisé qu'aucun membre du personnel d'agence n'avait suivi de formation sur la PCI. La personne responsable par intérim précédente de la PCI a également fait observer qu'aucune formation sur la PCI n'avait été donnée aux membres du personnel d'agence.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Le fait de ne pas veiller à ce que les membres du personnel aient suivi une formation en matière de PCI avant de travailler au foyer expose les personnes résidentes à un risque de propagation des maladies infectieuses.

Sources : Entretiens avec les personnes responsables par intérim et actuelle de la PCI ainsi que les membres du personnel d'agence, et examen du guide d'accueil du personnel d'agence (*Agency Staff Welcome Guide*).

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 14 février 2025.

**ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 003 Programme de prévention
et de contrôle des infections**

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

Non-respect : de la disposition 4 du paragraphe 102 (12) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programme de prévention et de contrôle des infections

Paragraphe 102 (12) Le titulaire de permis veille à ce que soient mises en place les mesures d'immunisation et de dépistage suivantes :

4. Le personnel doit participer à un programme de dépistage de la tuberculose et d'autres maladies infectieuses conformément aux normes ou protocoles que délivre le directeur en application du paragraphe (2).

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

1. L'administratrice, en collaboration avec la personne responsable de la PCI, mettra en place une procédure visant à garantir que tous les membres du personnel recrutés pour travailler au foyer, y compris les membres du personnel d'agence,

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

remettent une copie des résultats de leur test cutané de dépistage de la tuberculose avant de travailler au foyer. Une copie de ces résultats doit être conservée au foyer.

2. L'administratrice ou la personne responsable de la PCI doit examiner les dossiers de ressources humaines de tous les membres du personnel recrutés depuis janvier 2023, y compris les membres du personnel d'agence, afin de voir à ce qu'ils aient passé un test cutané valide de dépistage de la tuberculose et à ce qu'un registre connexe soit conservé au foyer. En cas d'absence des résultats d'un test cutané valide de dépistage de la tuberculose, le membre du personnel du foyer ou membre du personnel d'agence en question devra passer ce test et ne pourra pas travailler au foyer tant que le document valide n'aura pas été reçu.

3. Le foyer doit conserver sur place les résultats d'un test cutané valide de dépistage de la tuberculose pour tous les membres du personnel d'agence et mettre ces documents à la disposition de l'inspectrice ou l'inspecteur immédiatement sur demande.

Motifs**Justification et résumé**

Lors d'une première visite du foyer, les membres du personnel d'agence chargés de la sécurité ont été interrogés sur l'éducation et la formation qu'ils avaient reçues avant de commencer à travailler au foyer. Au cours de l'inspection, on a constaté que le foyer ne disposait pas de dossiers d'employé pour les membres du personnel d'agence au foyer recrutés par l'intermédiaire d'un fournisseur tiers.

Les résultats d'un examen de la liste des membres du personnel de l'agence Madyn Security chargés de la sécurité (*Madyn Security Employee List*) qui travaillaient au foyer ont été présentés aux inspectrices ou inspecteurs le premier jour de l'inspection. Aucune date n'indiquait depuis quand la liste était active.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

L'administratrice a déclaré avoir pu accéder aux résultats des tests cutanés de dépistage de la tuberculose de 11 des 41 membres du personnel inscrits sur la liste des membres du personnel de l'agence Madyn chargés de la sécurité (*Madyn Security Employee List*). L'administratrice a précisé que ces registres n'étaient pas conservés au foyer.

Le fait de ne pas veiller à ce que les membres du personnel de l'agence Madyn chargés de la sécurité aient passé un test cutané valide de dépistage de la tuberculose au foyer et de ne pas tenir un registre à cette fin augmente le risque que les personnes résidentes et les autres membres du personnel ne soient pas protégés contre une exposition potentielle à une maladie infectieuse.

Sources : Entretien avec l'administratrice et examen de la liste des membres du personnel d'agence chargés de la sécurité recrutés par l'intermédiaire d'un tiers fournisseur.

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

**ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 004 Embauche du personnel et
acceptation de bénévoles**

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

Non-respect : du paragraphe 252 (3) du Règl. de l'Ont. 246/22

Embauche du personnel et acceptation de bénévoles

Paragraphe 252 (3) La vérification du dossier de police doit consister en une vérification des antécédents en vue d'un travail auprès de personnes vulnérables visée à la disposition 3 du paragraphe 8 (1) de la *Loi de 2015 sur la réforme des*

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

vérifications de dossiers de police et être effectuée afin, d'une part, d'établir si la personne est apte à devenir un membre du personnel ou un bénévole au foyer de soins de longue durée et, d'autre part, de protéger les résidents contre les mauvais traitements et la négligence.

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

1. L'administratrice doit mettre en place une procédure pour s'assurer qu'une vérification du dossier de police avec vérification des antécédents en vue d'un travail auprès de personnes vulnérables soit menée pour tous les membres du personnel, y compris le personnel d'agence, et tous les bénévoles embauchés avant qu'ils puissent travailler au foyer. Une copie de cette vérification du dossier de police doit être conservée dans le foyer.
2. L'administratrice ou une personne désignée par la direction doit examiner les dossiers de ressources humaines de tous les membres du personnel embauchés depuis janvier 2023, y compris le personnel d'agence, afin de s'assurer qu'une vérification valide du dossier de police a été effectuée avec vérification des antécédents en vue d'un travail auprès de personnes vulnérables et qu'elle est conservée au foyer. Si aucune vérification valide du dossier de police n'a été effectuée et n'est conservée au foyer, le membre du personnel du foyer ou d'agence doit immédiatement la demander, ainsi que la vérification des antécédents en vue d'un travail auprès de personnes vulnérables, et ne pourra pas travailler au foyer tant et aussi longtemps que ces vérifications n'auront pas été effectuées afin, d'une part, d'établir si la personne est apte à devenir un membre du personnel ou un bénévole du foyer de soins de longue durée et, d'autre part, de protéger les personnes résidentes contre les mauvais traitements et la négligence.
3. Le foyer doit conserver sur place une vérification valide du dossier de police avec vérification des antécédents en vue d'un travail auprès de personnes vulnérables pour tous les membres du personnel, y compris le personnel d'agence et tous les

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

bénévoles, et doit mettre ces documents à la disposition de l'inspectrice ou de l'inspecteur immédiatement sur demande.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, lorsqu'une vérification du dossier de police doit être faite avant l'embauche d'un membre du personnel, conformément au paragraphe 81 (2) de la Loi, cette vérification soit une vérification des antécédents en vue d'un travail auprès de personnes vulnérables.

Justification et résumé

Lors d'une première visite du foyer, les inspectrices ou inspecteurs ont remarqué que des membres du personnel étaient habillés en tenue de ville, ne portaient aucune pièce d'identité et étaient assis à l'extérieur des chambres de personnes résidentes. La conversation a permis d'établir que les membres du personnel recrutés pour assurer la surveillance individuelle des personnes résidentes n'avaient pas fait l'objet d'une vérification des antécédents en vue d'un travail auprès de personnes vulnérables.

Comme défini au paragraphe 80 (2) de la *LRSLD* (2021), « personnel d'agence » signifie personnel qui travaille au foyer de soins de longue durée conformément à un contrat que concluent le titulaire de permis et une agence de placement ou un autre tiers. Conformément au paragraphe 81 (3) de la *LRSLD* (2021), un membre du personnel d'agence est considéré comme étant embauché dès qu'il commence à travailler au foyer.

Le foyer a retenu les services d'un fournisseur tiers pour assurer la surveillance individuelle des personnes résidentes. Une demande a été adressée à l'administratrice en vue de la présentation des dossiers personnels, y compris les documents de vérification des antécédents en vue d'un travail auprès de personnes vulnérables pour les membres du personnel chargés de la sécurité qui travaillent au foyer et qui ont été recrutés par l'intermédiaire de l'entrepreneur tiers.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

L'administratrice n'a pas remis ces documents. Une demande a été adressée à l'administratrice en vue de la présentation d'une copie du contrat conclu avec l'entrepreneur tiers. L'administratrice a fait observer que le foyer était en train de procéder à l'établissement d'un contrat avec le fournisseur. L'inspectrice ou l'inspecteur n'avait pas reçu de contrat écrit à la fin de l'inspection.

La personne responsable du Projet OSTC, qui est responsable conjointement avec la directrice des soins de la surveillance des membres du personnel recrutés par l'intermédiaire d'un entrepreneur tiers, a signalé que le foyer avait recours aux services de cette agence de sécurité depuis novembre 2023. La directrice des soins par intérim actuelle a commencé à exercer ses fonctions en septembre 2024 et n'avait qu'une connaissance limitée des interactions et des accords avec l'entrepreneur tiers.

Le fait de ne pas veiller à ce qu'il y ait une vérification du dossier de police avec vérification des antécédents en vue d'un travail auprès de personnes vulnérables pour tous les membres du personnel recrutés avant qu'ils commencent à travailler au foyer expose les personnes résidentes à un risque de préjudice.

Sources : Entretiens avec l'administratrice, la personne responsable du Projet OSTC et la directrice des soins par intérim.

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

**ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 005 Lieu de conservation des
dossiers**

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Problème de conformité n° 014 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : du paragraphe 281 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Lieu de conservation des dossiers

Paragraphe 281 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les dossiers suivants soient conservés au foyer :

1. Les dossiers des membres du personnel actuels.
2. Les dossiers des bénévoles actuels.
3. Les dossiers des membres actuels de son conseil d'administration, de son conseil de gestion, de son comité de gestion ou d'une autre structure de gouvernance.

L'inspectrice ou 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 désignera un membre de l'équipe de gestion qui sera chargé d'élaborer un processus visant à conserver les dossiers des membres du personnel d'agence autorisés.

Plus précisément :

1. Ensemble des documents attestant des qualifications requises pour le poste pour lequel ils sont recrutés
2. Ensemble des dossiers de formation
3. Vérification du dossier de police avec vérification des antécédents en vue d'un travail auprès de personnes vulnérables
4. Résultats des tests cutanés de dépistage de la tuberculose

Motifs

Le titulaire de permis n'a tenu aucun registre pour les membres du personnel d'agence autorisés qui ont été recrutés.

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

L'inspectrice ou l'inspecteur a demandé au foyer de lui fournir les dossiers de formation et de vérification des antécédents en vue d'un travail auprès de personnes vulnérables de deux membres du personnel d'agence qui travaillent actuellement au foyer, mais a seulement reçu ceux d'un seul de ces membres du personnel.

Lors d'un entretien avec la directrice des soins, celle-ci a reconnu que le foyer de soins de longue durée ne tenait pas de registres pour les membres du personnel d'agence.

Lors d'un entretien de suivi, la directrice générale a confirmé qu'aucun dossier du personnel d'agence n'était conservé au foyer au moment de l'inspection. La directrice générale a fait observer qu'elle n'était pas au courant de l'obligation de tenir des registres pour les membres du personnel d'agence qui travaillaient au foyer.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à la conservation au foyer de registres pour les membres du personnel actuels et il n'a donc pas été en mesure de confirmer les qualifications, les vérifications du dossier de police, l'immunisation et la formation des membres du personnel d'agence.

Sources : Registres au foyer et entretien avec la directrice générale et la directrice des soins.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 10 janvier 2025.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

RENSEIGNEMENTS SUR LA RÉVISION/L'APPEL

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

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

La demande écrite de révision doit comprendre :

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

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

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Directeur

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

Si la signification se fait :

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

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

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

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

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

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

Commission d'appel et de révision des services de santé

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

Directeur

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

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