

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 de London
130, avenue Dufferin, 4^e étage
London (Ontario) N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

Rapport public initial

Date d'émission du rapport : 17 juillet 2024

Numéro d'inspection : 2024-1423-0002

Type d'inspection :
Incident critique

Titulaire de permis : Iris L.P., par ses associés en nom collectif,
Iris GP Inc. et AgeCare Iris Management Ltd.

Foyer de soins de longue durée et ville : AgeCare Royal Oak,
Kingsville

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 17, 18, 20, 21
et du 24 au 28 juin 2024

L'inspection a eu lieu à l'extérieur aux date suivantes : 19 et du 24
au 27 juin 2024

Les inspections concernaient :

- Plainte : N° 00114945 - Incident critique (IC) n° 2939- 000013-24 relativement à des comportements réactifs entre personnes résidentes.
- Plainte : N° 00116638 - IC n° 2939- 000017-24 relativement à des comportements réactifs entre personnes résidentes.
- Plainte : N° 00116974- IC n° 2939- 000018-24 relativement à des allégations de mauvais traitements.
- Plainte : N° 00117876 - IC n° 2939- 000020-24 relativement à des comportements réactifs entre personnes résidentes.
- Plainte : N° 00117942 - n° 2939- 000021-24 relativement à des allégations de négligence.
- Plainte : N° 00117997 - IC n° 2939- 000022-24 relativement à des comportements réactifs entre 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 de London
130, avenue Dufferin, 4^e étage
London (Ontario) N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

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

Soins et services de soutien aux personnes résidentes (Resident Care and Support Services)
Entretien ménager, services de buanderie et services d'entretien (Housekeeping, Laundry and Maintenance Services)
Prévention et contrôle des infections (Infection Prevention and Control)
Prévention des mauvais traitements et de la négligence (Prevention of Abuse and Neglect)
Comportements réactifs (Responsive Behaviours)

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Déclaration des droits des résidents

Problème de conformité n° 001 - avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 3 (1) 5. de la LRSLD (2021)

Déclaration des droits des résidents

art. 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 :

5. Le résident a droit à la protection contre la négligence de la part du titulaire de permis et du personnel.

Introduction :

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente reçoive des soins au moment où elle en avait besoin.

Pour l'application de la Loi, la «négligence» s'entend comme le défaut de fournir à une personne résidente les traitements, les soins, les services ou l'aide nécessaires à sa santé, à sa sécurité ou à son bien-être, et comprend l'inaction ou une tendance à l'inaction qui compromet la santé, la sécurité ou le bien-être d'une ou de plusieurs 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 de London
130, avenue Dufferin, 4^e étage
London (Ontario) N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

Justification et résumé :

Une personne résidente avait besoin de l'assistance du personnel pour des soins. Il a été noté que la personne résidente avait d'abord reçu des soins, puis qu'elle n'en avait plus reçu pendant plusieurs heures.

Le lendemain, un membre du personnel a constaté que l'état de la personne résidente, pour laquelle un traitement existait, se détériorait.

Le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) a reconnu que la personne résidente n'avait pas été soignée en temps voulu et que l'on aurait pu s'attendre à ce qu'elle soit contrôlée au début de la garde de l'après-midi et qu'elle soit soignée avant et/ou après le dîner. La ou le DSI a également déclaré que les entretiens avec le personnel avaient permis de déterminer que l'état de la personne résidente s'était aggravé par rapport à la semaine précédente.

Le fait de ne pas fournir à la personne résidente les soins nécessaires augmente le risque de détérioration de son état.

Sources : Incident critique (IC), dossiers cliniques de la résidente, ainsi qu'un entretien avec le DSI.

AVIS ÉCRIT : Faire rapport au directeur dans certains cas

Problème de conformité n° 002 - avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 28 (1) 2. de la LRSLD (2021)

Faire rapport au directeur dans certains cas

par. 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

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 de London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London (Ontario) N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

ou du personnel, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident.

Introduction

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un incident de mauvais traitement et de négligence soit immédiatement signalé à la directrice ou au directeur.

Justification et résumé

Un incident lié au mauvais traitement d'une personne résidente s'est produit. La directrice ou le directeur a été informé de cet incident quatre jours plus tard. Lors d'un entretien avec la directrice adjointe ou le directeur adjoint des soins infirmiers (DASI), il a été reconnu qu'elle ou il n'avait pas été immédiatement informé de cet incident.

Sources

Rapport d'IC, entretien avec la ou le DASI.

AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies

Problème de conformité n° 003 - avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 55 (2) b) (i) du Règl. de l'Ont. 246/22

Soins de la peau et des plaies

par. 55 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

b) le résident qui présente des signes d'altération de l'intégrité épidermique, notamment des ruptures de l'épiderme, des lésions de pression, des déchirures de la peau ou des plaies, à la fois :

(i) se fait évaluer la peau par un membre du personnel infirmier autorisé (décrit au paragraphe 2.1), au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour l'évaluation de la peau et des plaies,

Introduction :

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente, qui présentait une altération de l'intégrité épidermique, soit évaluée

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 de London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London (Ontario) N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

par une personne autorisée à l'aide d'un instrument d'évaluation cliniquement approprié, spécialement conçu pour l'évaluation de la peau et des plaies.

Justification et résumé :

Il a été noté qu'une personne résidente présentait une altération de l'intégrité épidermique. Ce n'est que trois semaines plus tard qu'une évaluation clinique a été réalisée à l'aide d'un instrument d'évaluation cliniquement approprié.

La politique du foyer, intitulée « Programme de soins de la peau et des plaies », prévoyait notamment que toutes les personnes résidentes présentant une altération de l'intégrité de la peau, y compris des lésions cutanées, devaient faire l'objet d'une évaluation de la peau par un membre du personnel agréé.

La ou le DASI a admis qu'il aurait fallu réaliser une évaluation initiale de la zone où l'intégrité épidermique était altérée et que cela n'avait pas été fait.

Le fait de ne pas procéder à une évaluation initiale de la zone où l'intégrité épidermique est altérée expose la personne résidente à un risque de détérioration de l'état de sa peau.

Sources : Les dossiers cliniques de la personne résidente, ainsi que la politique du foyer en matière de peau et de plaies, et un entretien avec la ou le DASI.

AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies

Problème de conformité n° 004 - avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 55 (2) b) (iv) du Règl. de l'Ont. 246/22

Soins de la peau et des plaies

par. 55 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

b) le résident qui présente des signes d'altération de l'intégrité épidermique, notamment des ruptures de l'épiderme, des lésions de

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 de London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London (Ontario) N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

pression, des déchirures de la peau ou des plaies, à la fois :

(iv) est réévalué au moins une fois par semaine par un membre du personnel infirmier autorisé, si cela s'impose sur le plan clinique;

Introduction :

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la zone d'intégrité cutanée d'une personne résidente soit réévaluée au moins une fois par semaine par une personne autorisée.

Justification et résumé :

Il a été noté qu'une personne résidente présentait une altération de l'intégrité épidermique. La réévaluation de cette zone n'a été réalisée que deux semaines plus tard.

La politique du foyer, intitulée « Programme de soins de la peau et des plaies », prévoyait notamment que toutes les personnes résidentes présentant une altération de l'intégrité de la peau, y compris des lésions cutanées, devaient faire l'objet d'une évaluation de la peau hebdomadaire.

La ou le DASI a admis qu'il aurait fallu réaliser une évaluation hebdomadaire de la zone où l'intégrité de la peau était altérée et que cela n'avait pas été fait.

Le fait de ne pas procéder à une évaluation hebdomadaire de la zone où l'intégrité de la peau est altérée expose la personne résidente à un risque de détérioration de l'état de sa peau.

Sources : Les dossiers cliniques de la personne résidente, ainsi que la politique du foyer en matière de peau et de plaies, et un entretien avec la ou le DSI.

AVIS ÉCRIT : Comportements réactifs

Problème de conformité n° 005 Avis écrit remis aux termes de la disposition 154(1)1 de la *LRSLD* (2021)

Non-respect de : la disposition 58 (4) b) du Règlement de l'Ontario 246/22

Comportements réactifs

par. 58 (4) Le titulaire de permis veille à ce qui suit pour chaque

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 de London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London (Ontario) N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

résident qui affiche des comportements réactifs :
b) des stratégies sont élaborées et mises en œuvre pour réagir à ces
comportements, dans la mesure du possible.

Introduction

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les stratégies de
gestion des comportements réactifs d'une personne résidente soient
pleinement mises en œuvre.

Justification et résumé

Le programme de soins d'une personne résidente indiquait qu'elle
aurait dû bénéficier d'une intervention sur son comportement réactif.
Une note d'évolution indique que la personne n'a pas bénéficié de
l'intervention et qu'un incident s'est produit entre elle et une autre
personne résidente.

Lors de l'entretien, la ou le DSI a admis qu'on aurait pu s'attendre à
ce que l'intervention ait lieu, que cela n'avait pas été le cas.

En ne s'assurant pas que l'intervention avait bien lieu, le titulaire
de permis n'a pas pleinement mis en œuvre les stratégies élaborées
pour répondre aux comportements de la personne résidente et a augmenté
le risque qu'elle manifeste des comportements réactifs.

Sources : Dossiers cliniques des personnes résidentes et entretiens
avec le personnel.

ORDRE DE CONFORMITÉ n° 001 Services d'hébergement

Problème de conformité n° 006 Ordre de conformité aux termes de la
disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 19 (2) a) de la LRSLD (2021)

Services d'hébergement

par. 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.

L'inspecteur ordonne au titulaire de permis de préparer, de soumettre

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 de London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London (Ontario) N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

**et de mettre en œuvre un plan de mise en conformité avec la LRSLD
(2021), alinéa 19 (2) a) [LRSLD (2021), alinéa 155 (1) b)] :**

Plus précisément, le titulaire de permis doit préparer, soumettre et mettre en œuvre un plan pour veiller à ce que le foyer, l'ameublement et le matériel fassent l'objet d'un entretien adéquat de sorte qu'ils soient toujours propres et sanitaires.

A. Réaliser une vérification de toutes les aires de vie des personnes résidentes et des salles de service afin de repérer les sols, les murs, les rebords de fenêtres et tous les autres endroits où la propreté n'est pas assurée.

B. Remplir une liste de contrôle du nettoyage à effectuer, en indiquant où, comment, qui sera responsable de l'exécution du travail, quand le travail sera commencé, quand il sera terminé et comment l'entretien sera assuré.

C. Veiller à ce que l'équipe de direction participe à l'élaboration du plan, notamment l'administratrice ou l'administrateur, la directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI), la directrice ou le directeur des services environnementaux (DSE) et le responsable de l'alimentation et de la nutrition.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le domicile, le mobilier et l'équipement soient maintenus propres et sanitaires.

Justification et résumé

Lors d'une visite du foyer, on a constaté que chaque aire de vie des personnes résidentes présentait un degré de malpropreté plus ou moins important.

La moquette de l'entrée principale menant aux trois couloirs menant aux aires de vie présentait de nombreuses taches sombres. Les revêtements de sol en vinyle jaune des unités Mulberry, Blue Spruce, Magnolia et Copper Beech avaient une teinte gris foncé, avec de nombreuses taches sombres, des traces de pas et des éraflures.

Dans l'ensemble des aires de vie, la saleté et la crasse s'étaient accumulées sur les sols près des cadres de porte et ce qui semblait être une couche blanche d'écaillés de peinture provenant des cadres de porte collait au plancher. L'administratrice ou l'administrateur a confirmé que ces éclats blancs provenaient de l'écaillage de la peinture des cadres de porte.

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 de London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London (Ontario) N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

Dans les salles à manger Mulberry et Blue Spruce, des carcasses d'insectes morts se trouvaient sur les rebords des fenêtres. Dans la salle à manger de l'unité Mulberry, les rallonges de table étaient recouvertes de résidus alimentaires et des moucherons volaient à ces endroits.

Des débris de poussière ont été observés de façon généralisée sur les rebords de fenêtres dans le couloir menant aux unités Magnolia et Copper Beech.

Les trois salles de restaurant présentaient une accumulation générale de saleté et des résidus alimentaires sous les armoires et dans les zones de vaisselle. Des taches noires ont été observées le long du mur et du calfeutrage dans les zones de présentation des repas. La cuisine principale présentait une accumulation générale de saleté et de résidus alimentaires sous les armoires et dans les zones de présentation des plats. Une accumulation générale de rouille a été constatée sur le plafond de la cuisine principale.

Il a été constaté que l'entrée principale du personnel était encombrée de saletés, de carcasses d'insectes morts, de toiles d'araignées et de nids d'araignées. L'entrée de service présentait de nombreuses carcasses d'éphémères sur l'ensemble de l'entrée arrière.

La ou le DSE a indiqué que le personnel d'entretien était responsable des aires de vie et des couloirs de service. Les services alimentaires étaient responsables des salles de restaurant et de la cuisine.

La ou le DSE et la directrice ou le directeur de l'alimentation et de la nutrition ont tous deux indiqué que les nettoyages en profondeur et les vérifications n'avaient pas été effectués régulièrement et que le foyer n'était pas maintenu à un état propre et sanitaire.

Le fait de ne pas veiller à ce que le foyer, le mobilier et les équipements soient maintenus à un état propre et hygiénique pourrait entraîner un risque modéré pour le bien-être des personnes résidentes et des problèmes potentiels de contrôle des infections.

Sources : Observation, vérifications du nettoyage en profondeur et entretiens.

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 de London
130, avenue Dufferin, 4^e étage
London (Ontario) N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard
le 9 octobre 2024.**

ORDRE DE CONFORMITÉ N° 002 Services d'hébergement

Problème de conformité n° 007 - ordre de conformité aux termes de la disposition 154 (1) 2. de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 19 (2) c) de la LRSLD (2021)

Services d'hébergement

par. 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 préparer, de soumettre et de mettre en œuvre un plan de mise en conformité avec la LRSLD (2021), alinéa 19 (2) c) [LRSLD (2021), alinéa 155 (1) b)] :

Plus précisément, le titulaire de permis doit préparer, soumettre et mettre en œuvre un plan pour veiller à ce que le foyer, l'ameublement et le matériel fassent l'objet d'un entretien adéquat de sorte qu'ils soient sûrs et en bon état.

A. Réaliser une vérification de toutes les aires de vie, notamment les chambres et salles de bains des personnes résidentes, les salles de douches et de bains, les salles à manger, les salles d'activités et les aires de service, afin de repérer les fuites de tuyauterie et les défauts des sols, des murs, des portes, des entrées, des mains courantes, des baignoires et des douches, de l'ameublement et des comptoirs et tout autre signe de délabrement.

B. Remplir une liste de contrôle du travail à effectuer, en indiquant où, comment, qui sera responsable de l'exécution du travail, quand le travail sera commencé, quand il sera terminé et comment l'entretien sera assuré.

C. Veiller à ce que l'équipe dirigeante participe à l'élaboration du plan, notamment l'administratrice ou l'administrateur, la ou le DSI et la ou le DSE.

D. Examiner et réviser, le cas échéant, le programme d'entretien préventif afin d'y inclure des vérifications régulières de l'entretien du foyer, l'ameublement et le matériel de sorte qu'ils soient toujours sûrs et en bon état. Conserver une trace écrite de cette vérification,

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 de London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London (Ontario) N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

des personnes qui y ont participé, de la date à laquelle elle a eu lieu et de tout changement apporté.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer, l'ameublement et le matériel soient entretenus de sorte qu'ils soient sûrs et en bon état.

Justification et résumé

Lors d'une visite du foyer, il a été constaté que chaque aire de vie des personnes résidentes présentait un degré de délabrement plus ou moins important. Plusieurs zones des couloirs de l'unité présentaient des pièces de placoplâtre non peintes, de petits trous dans le placoplâtre, de grandes entailles dans le placoplâtre au-dessus des plinthes, du vernis manquant sur les mains courantes en bois, des éclats dans le placage en bois autour du bureau de l'infirmière, des portes métalliques dont la peinture était écaillée, des portes en bois écaillées, des carreaux de plafond tachés ou manquants.

Dans l'unité Mulberry, il manquait une main courante, une autre était mal fixée et la douche présentait un grand trou recouvert d'un sac poubelle noir en plastique, ce qui la rendait inutilisable. Le personnel a indiqué que la douche était hors service depuis plusieurs semaines.

Dans l'unité Blue Spruce, une chambre de personne résidente présentait un grand trou qui semblait avoir été précédemment réparé et cassé, avant d'être peint, et qui laissait apparaître l'isolant. La personne qui occupait la chambre a indiqué que le mur avait été réparé et s'était cassé à nouveau avant d'avoir été repeint, et que les dégâts étaient présents depuis un certain temps.

Dans le couloir principal menant aux unités Magnolia et Copper Beech, il y avait une grande surface inachevée sous la fenêtre de la salle d'activité/de restauration privée.

Dans l'unité Magnolia, la porte de sortie de secours présentait de la corrosion et de la rouille à la base du cadre de la porte. Le local d'entretien situé au bout des deuxième et troisième couloirs présentait une fuite active; des serviettes étaient posées à l'endroit où la peinture avait ondulé et les plinthes s'écaillaient. Le

Ministère des Soins de longue durée

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

District de London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London (Ontario) N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

revêtement acrylique de la baignoire était écaillé. Dans la salle à manger commune aux unités Magnolia et Copper Beech, de nombreuses dalles de plafond étaient tachées ou manquantes, certaines d'entre elles ayant été enlevées en raison d'une fuite active.

Dans l'unité Copper Beech, une chambre de personne résidente présentait plusieurs trous importants dans le placoplâtre, exposant la roche et l'isolation, le décor autocollant similibois en vinyle de la table de chevet et l'armoire se détachait de la structure en carton comprimé et les stores horizontaux étaient endommagés. Le revêtement de sol en vinyle de l'unité était endommagé.

Dans l'unité Oak, du revêtement de sol à l'interface entre le couloir et les chambres était manquant ou décollé. La section où le deuxième hall rencontre le troisième présentait de grandes entailles dans le placoplâtre, exposant la pierre et l'isolation.

Dans le couloir de service, les cloisons sèches comportaient des éraflures et des entailles de différentes tailles, l'entrée principale du personnel présentait une grande quantité de rouille et de corrosion à la base du cadre de la porte et la peinture environnante présentait des ondulations. Des carreaux manquants et endommagés ont été constatés à la station de lavage des chariots. Le cadre de la porte de l'entrée de service arrière était fortement rouillé et corrodé, au point que la lumière extérieure était visible à travers un trou dans le cadre.

L'administratrice ou l'administrateur et le consultant en environnement ont visité le foyer à deux reprises et tous deux ont constaté l'état actuel de l'établissement et confirmé que le foyer et le mobilier n'étaient pas maintenus en bon état.

Le DSE a indiqué que les vérifications n'avaient pas été effectuées avec registre écrit et que le foyer et le mobilier n'étaient pas maintenus en bon état.

Le fait de ne pas maintenir le logement, le mobilier et les équipements en bon état pourrait avoir des répercussions modérées sur la sécurité des personnes résidentes, avec un risque de blessure dû au mauvais entretien des mains courantes et du revêtement de sol.

Sources : Observation et entretiens avec les personnes résidentes et

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

District de London
130, avenue Dufferin, 4^e étage
London (Ontario) N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

le personnel.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard
le 9 octobre 2024

ORDRE DE CONFORMITÉ N° 003 Orientation

Problème de conformité n° 008 - ordre de conformité aux termes de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 82 (2) de la LRSLD (2021)

Formation

par. 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 maîtrise et du confinement des résidents.
7. La prévention des incendies et la sécurité.
8. La prévention des incendies et la sécurité.
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.

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

Plus précisément, le titulaire de permis doit :

A. Examiner et réviser, le cas échéant, sa procédure visant à garantir que tous les membres du personnel reçoivent une formation conforme aux exigences en matière de formation obligatoire avant d'exercer leurs responsabilités. Conserver une trace écrite de cette vérification, des personnes qui y ont participé, de la date à laquelle elle a eu lieu et

Ministère des Soins de longue durée

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

District de London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London (Ontario) N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

de tout changement apporté.

B. Veiller à ce que tous les nouveaux membres du personnel embauchés en vertu d'un contrat reçoivent une formation conforme aux exigences du foyer en matière de formation obligatoire, avant d'exercer leurs fonctions.

C. Réaliser une vérification de la formation de l'ensemble du personnel actuel embauché en vertu d'un contrat, afin de déterminer si des membres du personnel travaillant dans le foyer n'ont pas reçu une formation conforme aux exigences du foyer en matière de formation obligatoire. Conserver une trace de l'audit, de la date à laquelle il a été réalisé, de la personne qui l'a effectué et des résultats obtenus. Veiller à ce que tout membre du personnel s'étant révélé, à la lumière de la vérification, ne pas avoir reçu la formation nécessaire reçoive cette formation. En conserver une trace écrite.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'aucun membre du personnel d'une agence de placement externe n'exerce ses responsabilités avant d'avoir reçu une formation dans les domaines 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 maîtrise et du confinement des résidents.
Remarque : Le jour que le lieutenant-gouverneur fixe par proclamation, la disposition 6 du paragraphe 82 (2) de la Loi est modifiée par remplacement de «contention sur les résidents» par «maîtrise et du confinement des résidents». (Voir : 2021, chap. 39, annexe 1, par. 203 (16))
7. La prévention des incendies et la sécurité.
8. La prévention des incendies et la sécurité.
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.

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 de London
130, avenue Dufferin, 4^e étage
London (Ontario) N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

Selon l'article 2 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée (LRSLD)* : «personnel» Relativement à un foyer de soins de longue durée, s'entend des personnes qui travaillent au foyer :

- (a) à titre d'employés du titulaire de permis;
 - (b) conformément à un contrat ou à une entente qu'elles concluent avec le titulaire de permis;
 - (c) conformément à un contrat ou à une entente que concluent le titulaire de permis et une agence de placement ou un autre tiers.
- («staff»)

Justification et résumé

À l'examen des dossiers des employés venant d'une agence de placement externe, il a été constaté que l'agence donnait une formation à ses agents sur la prévention des mauvais traitements et de la négligence. Lors d'un entretien, la ou le DSI a confirmé que l'agence de recrutement externe avait formé le personnel avant qu'il ne travaille dans le foyer, mais que cette formation ne communiquait pas les politiques et procédures spécifiques du foyer de soins de longue durée et n'incluait pas toutes les politiques et procédures obligatoires.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que le personnel de l'agence reçoive la formation requise par le foyer de soins de longue durée a entraîné un risque modéré pour les personnes résidentes en ce qui concerne la préparation du personnel en cas d'incident.

Sources : Dossiers des employés et entretiens avec le personnel.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 27 octobre 2024.

ORDRE DE CONFORMITÉ N° 004 Portes dans le foyer

Problème de conformité n° 009 - ordre de conformité aux termes de la disposition 154 (1) 2. de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 12 (1) 1. i. du Règl. de l'Ont. 246/22
Portes dans le foyer"

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

- 1. Toutes les portes donnant sur un escalier et sur l'extérieur du foyer, à l'exception des portes donnant sur des aires sécuritaires à

Ministère des Soins de longue durée

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

District de London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London (Ontario) N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

l'extérieur qui empêchent les résidents de sortir, y compris les
balcons et les terrasses, ou des portes auxquelles les résidents n'ont
pas accès, doivent être, à la fois :

- i. gardées fermées et verrouillées,

**L'inspecteur ordonne au titulaire de permis de préparer, de soumettre
et de mettre en place un plan afin d'assurer la conformité à
l'alinéa 12 (1) 1. i. du Règl. de l'Ont. 246/22 [LRSLD (2021),
alinéa 155 (1) b] :**

Plus précisément, le titulaire de permis doit préparer, soumettre et
mettre en œuvre un plan visant à garantir que toutes les portes
d'entrée des services restent fermées et verrouillées lorsqu'elles ne
sont pas utilisées.

A. Effectuer une vérification de la fonctionnalité de la porte afin de
déterminer la raison pour laquelle la porte de l'entrée de service
arrière ne se ferme pas et ne se verrouille pas.

B. Élaborer une procédure pour s'assurer que la porte est fermée et
verrouillée, et prévoir dans cette procédure un système de
notification qui se déclenche lorsque la porte ne se ferme pas, afin
d'alerter le personnel pour qu'il la ferme.

C. Veiller à ce que l'équipe de direction participe à l'élaboration du
plan, notamment l'administratrice ou l'administrateur, la ou le DSI et
la ou le DSE.

D. Sensibiliser tous les membres du personnel qui sont chargés de
veiller à ce que la porte soit fermée. Conserver une trace écrite de
la formation dispensée, en précisant le mode de formation et la date.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la porte de réception
reste fermée et verrouillée.

Justification et résumé

Lors d'une observation en compagnie de la directrice ou du directeur
de l'alimentation et de la nutrition (DAN), la porte de réception
arrière a été observée comme étant maintenue ouverte avec un objet. La
ou le DAN a indiqué que les portes ne devaient pas être bloquées et
qu'elles devaient être fermées et verrouillées lorsqu'elles n'étaient
pas utilisées.

Lors d'une autre observation, il a été constaté que la porte 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 de London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London (Ontario) N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

réception arrière avait été ouverte par effraction et n'était pas verrouillée. L'administratrice ou l'administrateur a confirmé que la porte était ouverte et qu'elle n'aurait pas dû l'être. L'administratrice ou l'administrateur a indiqué que la porte devait rester fermée et verrouillée lorsqu'elles n'est pas utilisée.

Le fait de ne pas s'assurer qu'une porte donnant sur l'extérieur du foyer est sécurisée en permanence entraîne un risque modéré d'accès non supervisé au foyer, car la porte n'est pas régulièrement surveillée.

Sources : Observations et entretien avec le personnel.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 27 août 2024.

INFORMATIONS POUR UNE RÉVISION/UN 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 :

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 de London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London (Ontario) N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

- 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
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 faite le cinquième jour qui suit le jour de l'envoi;
- b) par courriel, elle est réputée être faite le lendemain, si le document a été signifié après 16 heures;
- c) par messagerie commerciale, elle est réputée être faite le deuxième jour ouvrable après le jour où la messagerie commerciale reçoit le document.

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 réexamen présentée par le titulaire de permis, le ou les présents ordres et le présent avis de pénalité administrative sont réputés confirmés par le directeur et, aux fins d'un appel interjeté devant la CARSS, le directeur est réputé avoir signifié au titulaire de permis une copie de ladite décision à l'expiration du délai de 28 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 de London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London (Ontario) N6A 5R2
Téléphone : 800 663-3775

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 la 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.