

Rapport public modifié Page de couverture (A1)

Date d'émission du rapport modifié : 24 février 2025

Date d'émission du rapport d'origine : 20 décembre 2024

Numéro d'inspection : 2024-1629-0005 (A1)

Type d'inspection :

Plainte

Incident critique

Titulaire de permis : Glen Hill Terrace Christian Homes Inc.

Foyer de soins de longue durée et ville : Glen Hill Terrace,
Whitby

RÉSUMÉ D'INSPECTION MODIFIÉ

Ce rapport a été modifié pour les raisons suivantes :

l'OC n° 004 (NCA-36968) a été **modifié et remplacé** par un ordre du directeur;

l'OC n° 005 (NCA-36939) a été annulé et un nouvel avis écrit pour l'alinéa 102(9)a) du Règl. de l'Ont. a été émis.

Rapport public modifié (A1)

Date d'émission du rapport modifié : 24 février 2025

Date d'émission du rapport d'origine : 20 décembre 2024

Numéro d'inspection : 2024-1629-0005 (A1)

Type d'inspection :

Plainte

Incident critique

Titulaire de permis : Glen Hill Terrace Christian Homes Inc.

Foyer de soins de longue durée et ville : Glen Hill Terrace,
Whitby

RÉSUMÉ D'INSPECTION MODIFIÉ

Ce rapport a été modifié pour :

l'OC n° 004 (NCA-36968) a été **modifié et remplacé** par un ordre du directeur;

l'OC no 005 (NCA-36939) a été annulé et un nouvel avis écrit pour l'alinéa 102(9)a) du Règl. de l'Ont. a été délivré.

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes :

les 10, 13, 16, 18 et 19 décembre 2024

L'inspection a eu lieu à l'extérieur aux dates suivantes : les 18 et 19 décembre 2024

Les inspections concernaient :

- une inspection relative à une chute;
- une inspection relative à un mauvais traitement;
- une inspection relative à une éclosion.
- une inspection relative à un mauvais traitement;
- une inspection relative à une éclosion;
- une inspection relative à un mauvais traitement;
- une inspection relative à une chute;
- une inspection relative à une plainte.

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

Prévention et contrôle des infections (Infection Prevention and Control)

Foyer sûr et sécuritaire (Safe and Secure Home)

Prévention des mauvais traitements et de la négligence (Prevention of Abuse and Neglect)

Comportements réactifs (Responsive Behaviours)

Prévention et gestion des chutes (Falls Prevention and Management)

RÉSULTATS MODIFIÉS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Portes dans le foyer

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

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

Portes dans le foyer

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

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

Le titulaire de permis ne s'est pas assuré que les portes menant aux aires non résidentielles étaient fermées et verrouillées lorsqu'elles n'étaient pas surveillées par le personnel.

L'inspectrice ou l'inspecteur a constaté que, dans une aire donnée du foyer, une porte du bureau d'une infirmière autorisée ou d'un infirmier autorisé (IA), qui agissait comme IA superviseur(e), était déverrouillée et non surveillée avec plusieurs fournitures et équipements de soins infirmiers facilement accessibles aux résidents.

Le personnel a confirmé que cette porte devait être verrouillée

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest,

4e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

en tout temps lorsqu'elle n'était pas surveillée et qu'elle ne l'était pas.

Sources : observations de l'inspectrice ou de l'inspecteur et entretiens avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Effets personnels et aides personnelles

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 41 (1) a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Effets personnels et aides personnelles

Par. 41 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque résident du foyer ait ses effets personnels, notamment ses aides personnelles, comme des prothèses dentaires, des lunettes et des aides auditives; et a) étiquetés, dans les 48 heures de son admission et, dans le cas de nouveaux effets, de leur acquisition.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les effets de soins personnels de personnes résidentes soient étiquetés dans les 48 heures de son admission en vue d'une utilisation individuelle des personnes résidentes.

L'inspectrice ou l'inspecteur a observé des effets personnels sur une aire résidentielle qui n'étaient pas étiquetés avec le nom des résidents. Le personnel a confirmé que les articles personnels se trouvant sur les chariots sans surveillance devaient porter le nom de la personne résidente et qu'ils ne l'étaient pas.

Sources : observations de l'inspectrice ou l'inspecteur et entretien avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Programmes obligatoires

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

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest,

4e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

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

Programmes obligatoires

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

1. Un programme de prévention et de gestion des chutes visant à diminuer le nombre de chutes et les risques de blessure.

Le titulaire de permis n'a pas veillé au suivi du programme de prévention et de gestion des chutes du foyer. Plus précisément, le personnel devait remplir des documents pour la surveillance de la HIR pour une personne résidente.

Conformément à la disposition 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis est tenu de s'assurer que le foyer dispose d'un programme de prévention et de gestion des chutes, y compris la routine en cas de traumatisme crânien (HIR) lorsque l'on en soupçonne un.

Plus précisément, le personnel n'a pas effectué d'évaluation de routine des blessures à la tête lorsqu'une personne résidente est tombée et a subi une blessure à la tête.

Sources : dossiers cliniques de la personne résidente, entrevue avec le personnel et la politique du foyer Falls Prevention and Management Policy [politique sur la prévention et la gestion des chutes].

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) (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

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest,
4e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844-231-5702

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 une personne autorisée visée 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.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente se fasse évaluer la peau par un membre du personnel infirmier autorisé, au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour l'évaluation de la peau et des plaies, lorsqu'elle est tombée et après sa réadmission au foyer.

Sources : dossiers cliniques de la personne résidente et entrevues avec le personnel,

AVIS ÉCRIT : Substances dangereuses

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 97 du Règl. de l'Ont. 246/22

Substances dangereuses

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que toutes les substances dangereuses au foyer soient étiquetées de façon appropriée et demeurent hors de la portée des résidents en tout temps.

L'inspectrice ou l'inspecteur a observé des produits chimiques de nettoyage dans deux salles d'activités du foyer non surveillées, à l'intérieur des armoires des éviers déverrouillées. L'inspectrice ou l'inspecteur a observé dans une salle d'activité de la zone du foyer non surveillée, un chariot déverrouillé, la clé restant dans le mécanisme de

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 (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844-231-5702

verrouillage, qui contenait plusieurs substances dangereuses.

L'inspectrice ou l'inspecteur a observé une substance dangereuse sur le comptoir dans la salle d'activité de la zone du foyer non surveillée. De plus, l'inspectrice ou l'inspecteur a observé dans une salle d'activité de la zone du foyer non surveillée, un aliment situé dans une armoire supérieure déverrouillée.

Le personnel a confirmé que les substances dangereuses dans l'ensemble du foyer devaient être mises sous clé lorsqu'elles n'étaient pas surveillées.

Sources : observations de l'inspectrice ou de l'inspecteur et entretiens avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

Problème de conformité n° 006 Avis écrit remis aux termes de la disposition 154(1)1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Programme de prévention et de contrôle des infections
102 (2) Le titulaire de permis met en œuvre ce qui suit :
b) les normes ou protocoles que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections. Disposition 102 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Conformément à l'alinéa 9.1(a) relatives aux précautions supplémentaires de la Norme de PCI, le titulaire du permis doit s'assurer que les pratiques courantes et les précautions supplémentaires sont suivies dans le cadre du programme de prévention et de contrôle des infections (PCI), les précautions supplémentaires doivent au moins inclure des pratiques fondées sur des données probantes ayant trait à la transmission potentielle par contact et aux précautions requises.

Le titulaire du permis n'a pas veillé à la mise en œuvre des normes et protocoles émis par le directeur en ce qui concerne la prévention et le contrôle des infections.

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,
4e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844-231-5702

L'examen de la liste des précautions supplémentaires pour les résidents du foyer a indiqué qu'une personne résidente l'objet de précautions s'appliquant aux contacts. L'inspectrice ou l'inspecteur a observé à une date précise qu'une personne résidente n'avait pas d'affiche pour la PCI, d'EPI au point d'intervention ou de poubelle à l'intérieur de la porte pour enlever les EPI usagés.

Sources : liste de vérification en matière de PCI, liste des précautions supplémentaires pour les résidents du foyer, observations de l'inspectrice ou l'inspecteur et entretiens avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Rapports sur les incidents critiques

Problème de conformité n° 007 Avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1. de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 115 (3) 4 du Règl. de l'Ont. 246/22.

Rapports sur les incidents critiques

Par. 115 (3) Le titulaire de permis doit veiller à ce que le directeur soit informé des incidents suivants survenus dans le foyer au plus tard un jour ouvrable après l'incident, suivi du rapport exigé en vertu du paragraphe (5) :

4. Sous réserve du paragraphe (4), un incident qui cause à un résident une blessure pour laquelle il est transporté à l'hôpital et qui entraîne un changement important de son état de santé.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la directrice soit informée après un incident qui a causé une blessure à une personne résidente, après lequel elle a été transportée à l'hôpital et qui a entraîné un changement important de son état de santé.

Une personne résidente a subi de multiples blessures d'une cause inconnue qui ont nécessité un traitement à l'hôpital, une évaluation interdisciplinaire et une modification de son plan de soins.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Sources : dossier clinique de la personne résidente et entretiens avec le personnel.

ORDRE DE CONFORMITÉ n° 001 Obligation de protéger

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 24(1) de la LRSLD (2021).

Obligation de protéger

24(1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée protège les résidents contre les mauvais traitements de la part de qui que ce soit et veille à ce que les résidents ne fassent l'objet d'aucune négligence de sa part ou de la part du personnel.

L'inspecteur ordonne au titulaire de permis de respecter un ordre de conformité [al. 155 (1) a) de la LRSLD (2021)] :

Le titulaire de permis doit :

sensibiliser toutes les personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP), y compris le personnel des organismes, aux programmes de soins :

1- La formation doit couvrir les sujets suivants :

- Définition d'un programme de soins
- Objectif et importance des programmes de soins
- Comment, où et quand accéder aux régimes de soins
- Documentation requise pour les tâches effectuées dans le

cadre des programmes de soins.

Tenir un registre écrit de la formation donnée et veiller à ce qu'elle soit facilement accessible sur demande.

2- Sensibiliser tous les PSSP, y compris le personnel de l'organisme, au transfert sécuritaire des chaises de douche. Cette formation doit être suivie pour tous les nouveaux employés, y compris le personnel de l'organisme, et chaque année dans le cadre du programme de prévention des chutes.

Motifs

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente ne soit pas négligée lorsqu'un membre du personnel a

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,
4e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844-231-5702

admis qu'il/qu'elle était toujours seul(e) pour donner une douche à une personne résidente. Cette tendance à l'inaction a entraîné la chute de la personne résidente, qui a subi des blessures et a dû être hospitalisée.

Un examen de la documentation sur les douches du point de service (PS) pendant plusieurs mois indique que plusieurs préposés aux services de soutien à la personne (PSSP) ont approuvé des douches comme tâche d'assistance physique pour une seule personne, malgré le plan de soins qui précise qu'il faut l'aide de deux personnes.

De plus, le personnel a admis ne pas être au courant qu'une personne résidente avait besoin d'une aide à deux personnes pour prendre des douches, car il n'était pas le principal PSSP de la personne résidente.

Le fait de ne pas avoir protégé la personne résidente contre la négligence a entraîné une tendance à l'inaction des préposés aux services de soutien à la personne (PSSP), ce qui a causé des chutes et des blessures à la personne résidente.

Sources : enquête sur l'incident, plan de soins, entrevue avec le personnel, documentation de la douche du PS.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente soit protégée contre la violence physique par un préposé ou une préposée aux services de soutien à la personne (PSSP).

L'alinéa 2(2)a) du Règlement de l'Ontario 246/22 définit les mauvais traitements d'ordre physique comme étant « l'usage de la force physique de la part d'une personne autre qu'un résident pour causer des lésions corporelles ou de la douleur ».

Pour l'application de l'alinéa a) de la définition de « l'usage de la force physique » au paragraphe (1), la violence physique ne comprend pas le recours à la force qui convient pour prodiguer des soins ou aider une personne résidente dans ses activités quotidiennes, sauf si la force employée est excessive

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,
4e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844-231-5702

dans les circonstances.

Les dossiers de santé cliniques et les notes d'enquête du foyer indiquent que, à une date précise, une personne résidente pleurait, a été observé comme ayant subi des blessures et a allégué qu'un ou qu'une PSSP était brusque lorsqu'il/lorsqu'elle prodiguait ses soins ce matin-là.

Dans des entrevues distinctes avec l'inspecteur, plusieurs employés ont indiqué que le foyer avait une politique de tolérance zéro à l'égard de la violence et de la négligence et qu'ils avaient signalé les allégations de mauvais traitements à leur superviseur.

La directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI) a admis que le foyer avait mené une enquête et qu'il y avait un usage de la force physique lorsque la ou le PSSP a utilisé une force physique excessive et lui a imposé des mesures disciplinaires en conséquence.

Le fait de ne pas protéger une personne résidente contre la violence physique par le ou la PSSP a entraîné de la douleur et des blessures.

Sources : Rapport d'incident critique, examen des dossiers médicaux cliniques, notes de l'enquête du foyer, entretiens avec le personnel.

3. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente soit protégée contre la violence physique par un préposé ou une préposée aux services de soutien à la personne (PSSP).

L'alinéa 2(2)a) du Règlement de l'Ontario 246/22 définit les mauvais traitements d'ordre physique comme étant « l'usage de la force physique de la part d'une personne autre qu'un résident pour causer des lésions corporelles ou de la douleur ».

Pour l'application de l'alinéa a) de la définition de « l'usage de la force physique » au paragraphe (1), la violence physique

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest,
4e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844-231-5702

ne comprend pas le recours à la force qui convient pour prodiguer des soins ou aider un résident dans ses activités quotidiennes, sauf si la force employée est excessive dans les circonstances.

Une personne résidente a divulgué au personnel des allégations selon lesquelles un ou une PSSP avait été malmené(e) avec ses soins à l'égard d'une date précise. Le personnel de la direction a reconnu que le foyer avait mené une enquête, qu'il avait prouvé que les soins fournis étaient difficiles et qu'il avait mis fin à l'emploi du ou de la PSSP.

L'incapacité d'un ou d'une PSSP à protéger une personne résidente des mauvais traitements d'ordre physique de l'autre personne résidente a entraîné une détresse émotionnelle pour cette personne.

Sources : rapport d'incident critique, dossiers de santé cliniques, notes d'enquête à domicile et entrevues avec le personnel.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 21 janvier 2025.

Un avis de pénalité administrative (APA) est délivré dans le cadre du présent avis écrit d'APA n° 001

AVIS DE PÉNALITÉ ADMINISTRATIVE (APA)

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la LRSLD (2021).

Avis de pénalité administrative (APA) n° 001**Lié à l'ordre de mise en conformité n° 001**

Aux termes de l'article 158 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*, le titulaire de permis doit payer une pénalité administrative de 5 500,00 \$, à verser dans les 30 jours suivant la date de la facture.

Conformément aux paragraphes 349 (6) et (7) du *Règl. de l'Ont. 246/22*, cette pénalité administrative est émise au titulaire de permis qui ne s'est pas conformé à une exigence, entraînant un ordre de conformité aux termes de l'article 155 de

la Loi et pendant les trois ans immédiatement avant la date d'émission de cet ordre aux termes de l'article 155, le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la même exigence.

Il s'agit de la première fois qu'un APA est délivré au titulaire de permis en raison du non-respect de l'exigence en question.

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

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

ORDRE DE CONFORMITÉ n° 002 – Observations des instructions du fabricant

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 de l'art. 26 du Règl. de l'Ont. 246/22

Observation des instructions du fabricant
art. 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 accessoires fonctionnels et des aides pour changer de position du foyer conformément aux instructions du fabricant.

L'inspecteur ordonne au titulaire de permis de respecter un ordre de conformité [al. 155 (1) a) de la LRSLD (2021)] :

- 1- Sensibiliser tout le personnel de soins directs aux consignes de sécurité du fabricant pour les chaises de douche.
- Intégrer cette sensibilisation comme exigence continue dans le programme d'orientation.
- Tenir un registre écrit de la formation donnée et le mettre

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest,
4e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844-231-5702

immédiatement à la disposition des inspecteurs dès qu'ils en font la demande.

2- Dans le cadre de l'entretien préventif du foyer, élaborer et mettre en œuvre une vérification hebdomadaire continue des chaises de douche d'entretien préventif pour toutes les zones du foyer. Les vérifications comprendront notamment :

- L'état de fonctionnement général de la chaise démontrant que
- les freins fonctionnent et qu'ils sont en bon état de marche
- les roues ne sont pas lâches ou instables
- la courroie est en place et en bon état de fonctionnement.
- Les accoudoirs des chaises sont en place et en bon état de fonctionnement.
- S'assurer que les vérifications sont conformes aux recommandations de sécurité du fabricant.
- La documentation pour les vérifications sera propre à chaque zone du foyer.
- Tenir des dossiers des vérifications effectuées et les remettre à l'inspectrice ou l'inspecteur qui en fait la demande.

Motifs

Le directeur a reçu une plainte pour chute avec blessure. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel utilise des accessoires fonctionnels conformément aux instructions du fabricant lorsqu'il fournit une douche à une personne résidente. Plus précisément, un membre du personnel a repositionné une personne résidente, ce qui a fait basculer la chaise de douche et a entraîné la chute de cette personne qui a dû être hospitalisée pour sa blessure.

Un examen du manuel d'aide et de sécurité indique qu'il faut éviter de basculer, ne pas déplacer le poids ou la position assise dans la direction où on tend.

Le titulaire de permis a conclu dans ses conclusions que, même si les freins étaient serrés, la chaise pouvait basculer lorsqu'une personne résidente était repositionnée d'un côté à l'autre, en particulier si le membre du personnel la déplaçait du côté sur lequel elle se tenait.

Le personnel a confirmé que le personnel n'avait pas suivi les instructions de sécurité du fabricant concernant le repositionnement dans la chaise de douche tout en fournissant une douche à la personne résidente.

Le non-respect des instructions du fabricant a fait basculer la chaise de douche, ce qui a entraîné la chute de la personne résidente et lui a causé des blessures.

Sources : enquête sur l'incident, plan de soins, entrevue avec le personnel, dossiers de santé cliniques.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 21 mars 2025.

ORDRE DE MISE EN CONFORMITÉ N° 003 Techniques de transfert et de changement de position

Problème de conformité n° 010 - ordre de mise en conformité aux termes de la disposition 154(1)2 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : l'article 40 du Règl. de l'Ont. 246/22

Techniques de transfert et de changement de position 40 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les membres du personnel utilisent des appareils ou des techniques de transfert et de changement de position sécuritaires lorsqu'ils aident les résidents.

L'inspectrice ou l'inspecteur ordonne au titulaire de permis de respecter un ordre de conformité [al. 155 (1) a) de la LRSLD (2021)] :

1- La personne désignée par la direction informera tous les PSSP, y compris le personnel des agences de services de soutien à la personne, sur le transfert sécuritaire des chaises de douche. Cette formation doit être suivie pour le personnel actuel et les nouveaux employés, y compris les PSSP des organismes, et chaque année dans le cadre du programme de prévention des chutes.

La formation doit porter sur les sujets suivants :

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest,
4e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844-231-5702

- formation pratique en personne et démonstration de retour pour chaque marque et modèle de toutes les chaises de douche à chaque étage.
 - Tenir un registre écrit de la formation donnée et le mettre immédiatement à la disposition des inspecteurs dès qu'ils en font la demande.
- 2- S'assurer qu'une liste de contrôle démontrant toutes les étapes à suivre pour effectuer un transfert sécuritaire d'une chaise de douche est remplie et signée par le stagiaire et l'instructeur. Les vérifications doivent être consignées, conservées et remises à l'inspectrice ou à l'inspecteur qui en fait la demande.
- 3- Effectuer une vérification de la douche qui reflète la liste de contrôle démontrant toutes les étapes à suivre pour transférer et repositionner en toute sécurité une chaise de douche dans chaque zone du foyer pendant deux semaines.
- La vérification comprendra le nom du personnel, l'endroit d'origine, la date et l'heure, ainsi que toute mesure corrective mise en œuvre.
 - Conserver un dossier écrit des vérifications et la mettre à la disposition des inspecteurs dès qu'ils en font la demande.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente ait été repositionnée au moyen d'un dispositif ou de techniques de transfert et de repositionnement sécuritaires lorsque le personnel l'a repositionné seul dans la douche. Le programme de soins d'une personne résidente indiquait qu'elle avait besoin de deux membres du personnel pendant les douches.

Sources : enquête sur l'incident, programme de soins, entrevue avec le personnel.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne préposée aux services de soutien personnel utilise des techniques de transfert sécuritaires lors du transfert d'une personne résidente.

Le programme de soins pour une personne résidente indique d'effectuer des transferts mécaniques avec deux employés. 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,
4e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844-231-5702

notes d'enquête du foyer indiquent qu'une ou qu'une ou qu'un PSSP, en entrevue avec le domicile, a reconnu avoir effectué seul un transfert de résident.

Le fait de ne pas utiliser des techniques de transfert sécuritaires lors du transfert d'une personne résidente peut avoir contribué à la blessure de celle-ci.

Sources : rapport d'incident critique, dossiers de santé cliniques, notes d'enquête à domicile et entrevues avec le personnel.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 21 mars 2025

(A1)

Les ordres de conformité suivants ont été annulés : Ordre de conformité n° 004

ORDRE DE CONFORMITÉ n° 001 Altercations entre les résidents et autres interactions

Problème de conformité n° 001 Ordre de conformité aux termes de la disposition 154(1) 2. de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 59 b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Altercations entre les résidents et autres interactions

Art. 59. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que des mesures soient prises afin de réduire au minimum les risques d'altercations et d'interactions susceptibles de causer un préjudice entre les résidents, notamment :

b) en déterminant des mesures d'intervention et en les mettant en œuvre.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest,

4e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

(A1)

Les ordres de conformité suivantes ont été annulés : OC n° 005

ORDRE DE CONFORMITÉ (CO) #005 Programme de prévention et de contrôle des infections

OC n° 001 aux termes de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : Règl. de l'Ont. 246/22, al. 102(9)a)

Programme de prévention et de contrôle des infections

al. 102 (9) Le titulaire de permis veille à ce qui suit au cours de chaque quart de travail :

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

(A1)

Le problème de conformité suivant a été publié : NC #013

AVIS ÉCRITE: Programme de prévention et de contrôle des infections

Problème de conformité n° 013 - Avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : la disposition 102 (9) a) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Programme de prévention et de contrôle des infections

Par. 102 (9) Le titulaire de permis veille à ce qui suit au cours de chaque quart de travail :

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente qui présentait des symptômes indiquant la présence d'une infection soit surveillée lors de chaque quart de travail. La directrice ou le directeur a reçu deux rapports du Système de rapport d'incidents critiques (SIC) concernant des éclosions de maladie.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest,
4e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844-231-5702

Le ou la responsable de la CPI a confirmé qu'au cours d'une éclosion de maladie, les résidents faisaient l'objet d'un suivi des symptômes d'infection deux fois par jour et que ces symptômes étaient consignés dans leur dossier médical électronique (DME).

L'examen de la liste des foyers d'éclosion du foyer pour les deux éclosions a confirmé que certains résidents étaient associés à une éclosion.

L'examen du DME a confirmé que les résidents n'étaient pas surveillés à chaque quart de travail pendant la durée de leur isolement.

Sources : RIC, la liste des lignes d'intervention en cas d'éclosion du foyer, les dossiers de santé électroniques et une entrevue avec le ou la responsable de la PCI.

RENSEIGNEMENT 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 à la directrice ou 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 la directrice ou le directeur doit être présentée par écrit et signifiée à la directrice ou 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 du Centre-Est

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

- 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 la directrice ou 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 :

Directrice ou directeur

a/s de la coordonnatrice ou 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 de la directrice ou 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 la directrice ou le directeur et, aux fins d'un appel interjeté devant la CARSS, la directrice ou le directeur est réputé avoir signifié au titulaire de permis une copie de ladite décision à l'expiration du délai 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

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 (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844-231-5702

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 de la directrice ou du directeur, rendue en vertu de l'article 169 de la Loi, concernant l'ordre de conformité (par. 155) ou l'APA (par. 158) d'une inspectrice ou d'un inspecteur.

La CARSS est un tribunal indépendant qui n'a aucun lien avec le ministère. Il est établi 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 suivants la date à laquelle il a reçu une copie de l'ordre, de l'APA ou de la décision de la directrice ou du directeur qui fait l'objet de l'appel. L'avis d'appel doit être remis à la fois à la CARSS et à la directrice ou 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

Directrice ou directeur

a/s de la coordonnatrice ou 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.