

Rapport public modifié Page de couverture (A1)

Date d'émission du rapport modifié : 13 mai 2024	
Date d'émission du rapport initial : 2 mai 2024	
Numéro d'inspection : 2024-1544-0001 (A1)	
Type d'inspection : Plainte Incident critique Suivi	
Titulaire de permis : The Corporation of the City of Peterborough et The Corporation of the County of Peterborough	
Foyer de soins de longue durée et ville : Fairhaven, Peterborough	
Modifié par Kelly Burns (000722)	Signature numérique de l'inspectrice/ l'inspecteur qui a modifié le rapport

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION MODIFIÉ

Ce rapport a été modifié pour :

- inclure le fait que tous les gestionnaires et superviseurs peuvent effectuer des vérifications – Ordre de conformité (OC) n° 002, condition n° 4;
- supprimer le terme « hebdomadaire » – Ordre de conformité n° 004, condition n° 4.

Rapport public modifié (A1)

Date d'émission du rapport modifié : 13 mai 2024	
Date d'émission du rapport initial : 2 mai 2024	
Numéro d'inspection : 2024-1544-0001 (A1)	
Type d'inspection : Plainte Incident critique Suivi	
Titulaire de permis : The Corporation of the City of Peterborough et The Corporation of the County of Peterborough	
Foyer de soins de longue durée et ville : Fairhaven, Peterborough	
Inspectrice principale/Inspecteur principal Kelly Burns (000722)	Autres inspectrices ou inspecteurs April Chan (704759)
Modifié par Kelly Burns (000722)	Signature numérique de l'inspectrice/ l'inspecteur qui a modifié le rapport

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION MODIFIÉ

Ce rapport a été modifié pour :
inclure le fait que tous les gestionnaires et superviseurs peuvent effectuer des vérifications – Ordre de conformité (OC) n° 002, condition n° 4;
supprimer le terme « hebdomadaire » – Ordre de conformité n° 004, condition n° 4.

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 4 au 8 mars, du 11 au 15 mars et du 18 au 22 mars 2024.

L'inspection concernait :
Le dossier : n° 00097514 – Plainte concernant des allégations de mauvais traitements.

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

Le dossier : n° 00099723 et n° 00097308 – Rapport d'incident critique concernant un incident ayant entraîné la blessure d'une personne résidente, son transfert vers un établissement de soins actifs et un changement significatif de son état de santé.

Le dossier : n° 00101818 – Suivi n° 2 – Ordre de conformité (OC) à haute priorité n° 001 émis dans le cadre du rapport d'inspection n° 2023-1544-0001, en vertu de l'article 36 du Règl. de l'Ont. 79/10, « Techniques de transfert et de positionnement ».

Le dossier : n° 00101819 – Suivi n° 1 – OC n° 001 émis dans le cadre du rapport d'inspection n° 2023-1544-0002, en vertu de l'alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22 concernant la PCI.

Le dossier : n° 00102998 – Rapport d'incident critique concernant une épidémie.

Le dossier : n° 00103689 – Plainte concernant des allégations de mauvais traitements de la part du personnel.

Le dossier : n° 00107478 – Plainte concernant les services d'hébergement.

Le dossier : n° 00108331 – Plainte concernant des allégations de mauvais traitements et les médicaments.

Le dossier : n° 00108374 – Rapport d'incident critique concernant des allégations de mauvais traitements

-Dossier : n° 00109144 – Rapport d'incident critique concernant des allégations de mauvais traitements du personnel envers une personne résidente.

Le dossier : n° 00111541 – Rapport d'incident critique concernant un incident ayant porté préjudice à une personne résidente.

Ordres de conformité délivrés antérieurement

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

Ordre n° 001 émis dans le cadre de l'inspection n° 2023-1544-0001 en vertu de l'art. 36 du Règl. de l'Ont. 79/10, menée par Kelly Burns (000722)

Ordre n° 001 émis dans le cadre de l'inspection n° 2023-1544-0002 en vertu de l'al. 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, menée par April Chan (704759)

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

Services de soins et de soutien aux personnes résidentes

Soins liés à l'incontinence

Gestion des médicaments

Services d'entretien ménager, de buanderie et d'entretien
Alimentation, nutrition et hydratation
Foyer sûr et sécuritaire
Prévention et contrôle des infections
Prévention des mauvais traitements et de la négligence
Rapports et plaintes
Gestion de la douleur
Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION MODIFIÉE

Le titulaire de permis n'a pas respecté une directive en matière de politique émise par le ministre qui s'applique au foyer de soins de longue durée.

Selon la directive du ministre : concernant les mesures d'intervention contre la COVID-19 destinées aux foyers de soins de longue durée, en vigueur depuis le 30 août 2022, le titulaire de permis était tenu de veiller à ce que les exigences de le dépistage de la COVID-19 énoncées dans le document intitulé « COVID-19 : Document d'orientation pour les foyers de soins de longue durée en Ontario » soient respectées. En particulier, les titulaires de permis doivent installer aux entrées des affiches qui énumèrent les signes et symptômes de la COVID-19 à des fins d'autosurveillance et les mesures à prendre si un cas de COVID-19 est suspecté ou confirmé chez toute personne.

Justification et résumé

Lors de la visite initiale du foyer de soins de longue durée, il a été constaté que la zone d'entrée du personnel ne comportait aucune affiche énumérant les signes et les symptômes de la COVID-19 à des fins d'autosurveillance et les mesures à prendre si un cas de COVID-19 est suspecté ou confirmé chez toute personne. La ou le responsable de la PCI a reconnu l'absence d'affiches d'autodépistage passif à l'entrée du personnel menant au foyer. La personne a indiqué qu'elle remettrait en place les affiches énumérant les consignes à suivre à des fins d'autosurveillance de la COVID-19.

Plus tard, au cours de l'inspection, il a été constaté que l'entrée du personnel comportait les affiches requises énumérant les signes et les symptômes de la COVID-19 à des fins d'autosurveillance ainsi que les mesures à prendre si un cas de

COVID-19 est suspecté ou confirmé.

Sources : Observations et entrevues avec la ou le responsable de la PCI.

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : 8 mars 2024 [704759]

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

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

Non-respect de l'alinéa 3 (1) 4 de la LRSLD (2021)

Déclaration des droits des résidents

Al. 3 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au plein respect et à la promotion des droits suivants des résidents :

4. Le résident a droit à la protection contre les mauvais traitements.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que tous les résidents bénéficient du droit à la protection contre les mauvais traitements.

En vertu du par. 2 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22, pour l'application de la définition de « mauvais traitement » au par. 2 (1) de la Loi, « exploitation financière » s'entend du détournement ou de la mauvaise utilisation de l'argent ou des biens d'un résident.

Justification et résumé

Le titulaire de permis a soumis au directeur un rapport d'incident critique (RIC) concernant des allégations de mauvais traitements envers une personne résidente. Le directeur a également reçu une plainte similaire de la part du mandataire spécial de la personne résidente.

Le dossier médical clinique de la personne résidente a été examiné. D'après les documents, une infirmière auxiliaire autorisée ou un infirmier auxiliaire autorisé (IAA) a retrouvé certains des effets personnels de la personne résidente.

L'IAA et la ou le gestionnaire des soins aux résidents (GSR) ont confirmé qu'ils

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

étaient au courant des allégations. L'IAA et la ou le GSR ont confirmé que tous les biens de la personne résidente n'avaient pas été retrouvés.

La directrice générale a indiqué que les personnes résidentes doivent avoir le droit à la protection contre les mauvais traitements.

Le fait de ne pas garantir à toutes les personnes résidentes le droit à la protection contre les mauvais traitements a constitué une menace pour la sûreté et la sécurité ressenties par une personne résidente dans sa « maison ».

Sources : Dossier médical de la personne résidente, RIC, politique du titulaire de permis intitulée *Zero Tolerance of Abuse and Neglect* (Politique visant à promouvoir la tolérance zéro à l'égard des mauvais traitements et de la négligence); et entrevues avec la personne résidente, la personne plaignante, un ou une IAA, le ou la GSR, la directrice des soins infirmiers et la directrice générale. [000722]

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

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

Non-respect de l'alinéa 6 (1) c) de la LRSLD (2021)

Programme de soins

Al. 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;

Le titulaire de permis ne s'est pas assuré de l'existence d'un programme de soins écrit pour une personne résidente, qui énonce des directives claires à l'intention du personnel et des autres personnes qui fournissent des soins à la personne résidente.

Justification et résumé

Le directeur a reçu une plainte concernant des allégations de mauvais traitements envers une personne résidente.

Le dossier médical de la personne résidente confirme que les allégations ont été rapportées à une infirmière auxiliaire autorisée ou un infirmier auxiliaire autorisé (IAA) par le personnel de soutien. L'enquête du titulaire de permis a révélé qu'une ou un gestionnaire des soins aux résidents (GSR) avait été informé des allégations de mauvais traitements infligés à la personne résidente par un membre du personnel.

La ou le GSR a confirmé avoir été au courant des allégations et indiqué avoir envoyé une communication à la zone du foyer indiquant qu'un certain membre du personnel ne pouvait plus fournir de soins à la personne résidente.

D'après l'examen réalisé, le programme de soins de la personne résidente a omis de donner des directives claires au personnel et en particulier, d'établir les restrictions de soins concernant la personne résidente.

La directrice des soins infirmiers a confirmé que le programme de soins de la personne résidente aurait dû fournir des directives claires concernant les restrictions en matière de soins pour la personne résidente.

Le fait de ne pas veiller à ce que le programme de soins écrit pour chaque personne résidente établisse des directives claires à l'intention du personnel entraîne des lacunes dans les services offerts à la personne résidente et constitue un risque de préjudice pour celle-ci.

Sources : Dossier médical de la personne résidente, plainte adressée au directeur; entrevues avec le personnel de soutien, les PSSP, la ou le gestionnaire des soins aux résidents et la directrice des soins infirmiers. [000722]

AVIS ÉCRIT : Implication de la personne résidente, etc.

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

Non-respect du paragraphe 6 (5) de la LRSLD (2021)

Programme de soins

Par. 6 (5) Le titulaire de permis veille à ce que le résident, son mandataire spécial, s'il en a un, et toute autre personne que le résident ou le mandataire spécial désigne aient la possibilité de participer pleinement à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de soins du résident.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le mandataire spécial de la personne résidente ait la possibilité de participer pleinement à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de soins de celle-ci.

Justification et résumé

Le titulaire de permis a soumis au directeur un rapport d'incident critique (RIC) concernant un incident qui a causé une blessure à une personne résidente, à la suite duquel la personne résidente a été transportée à l'hôpital et ayant entraîné un changement important dans son état de santé.

Le dossier médical clinique de la personne résidente indiquait que celle-ci avait été impliquée dans un incident, qu'elle avait subi des blessures, qu'elle avait été transférée dans un établissement de soins actifs et qu'elle avait dû être soignée. D'après les documents, la personne résidente avait subi des incidents antérieurs au RIC, qui avaient également entraîné des blessures et nécessité des mesures d'intervention. D'après les documents, à la suite de l'incident initial et de la réadmission de la personne résidente au sein du foyer de soins de longue durée, il avait été établi qu'elle avait besoin de mesures d'intervention supplémentaires, car elle présentait un risque accru de blessure. Selon les documents, à une date donnée, les gestionnaires des soins aux résidents ont mis fin à la mesure d'intervention supplémentaire destinée à assurer la sécurité de la personne résidente. Le dossier médical clinique ne précisait pas que le mandataire spécial de la personne résidente avait pris part à la décision concernant l'arrêt de la mesure d'intervention supplémentaire. Le dossier indiquait que le mandataire spécial n'avait pas été informé de la modification du programme de soins de la personne résidente avant la mise en œuvre de cette modification.

Une infirmière auxiliaire autorisée ou un infirmier auxiliaire autorisé (IAA) a indiqué avoir été informé de l'interruption de la mesure d'intervention supplémentaire par une ou un gestionnaire des soins aux résidents (GSR). L'IAA a indiqué qu'on lui avait conseillé d'informer le mandataire spécial de la personne résidente de l'arrêt de la mesure d'intervention, mais elle ne l'a pas fait.

Les GSR ont confirmé avoir mis fin à la mesure d'intervention supplémentaire et ne pas avoir impliqué le mandataire spécial de la personne résidente dans la décision

relative aux soins.

La directrice des soins infirmiers et la directrice générale ont indiqué que le mandataire spécial de la personne résidente devrait participer aux décisions relatives aux soins, ainsi qu'à l'élaboration et à la mise en œuvre des programmes de soins.

Le fait de ne pas veiller à ce que le mandataire spécial de la personne résidente ait la possibilité de participer au programme de soins de la personne résidente contrevient aux droits de celle-ci, pose des problèmes de transparence et crée des lacunes dans la relation thérapeutique.

Source : Dossier médical clinique de la personne résidente, RIC, communication par courrier électronique à la zone du foyer; entrevues avec le personnel infirmier autorisé, une superviseure ou un superviseur des soins aux résidents, des gestionnaires des soins aux résidents, la directrice des soins infirmiers et la directrice générale. [000722]

AVIS ÉCRIT : Obligation du titulaire de permis de se conformer au programme

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

Non-respect du paragraphe 6 (7) de la LRSLD (2021)

Programme de soins

Par. 6 (7) Le titulaire de permis veille à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis à la personne résidente, tel que le précise le programme.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis à une personne résidente, tel que le précise le programme.

Justification et résumé

Le titulaire de permis a soumis au directeur un rapport d'incident critique (RIC) concernant un incident qui a causé une blessure à une personne résidente, à la suite duquel la personne résidente a été transportée à l'hôpital et ayant entraîné un changement important dans son état de santé.

Le dossier médical de la personne résidente et les registres des présences du personnel du titulaire de permis ont été examinés. Selon le dossier médical clinique, la personne résidente avait été impliquée dans un incident ayant entraîné une blessure, un transfert dans un établissement de soins actifs et une mesure d'intervention. La personne résidente est revenue au foyer de soins de longue durée (FSLD) après avoir séjourné dans un établissement de soins actifs. Le titulaire de permis ou sa représentante ou son représentant a estimé qu'elle avait besoin de mesures d'intervention supplémentaires en raison du risque qu'elle présentait et de ses comportements réactifs. La mesure d'intervention supplémentaire a débuté lors de sa réadmission dans le foyer de soins de longue durée; la mesure d'intervention concernait toutes les équipes. D'après les documents rédigés par une ou un gestionnaire des soins aux résidents (GSR), la mesure d'intervention supplémentaire a été interrompue à une date donnée.

Selon le dossier médical de la personne résidente et le registre des présences du personnel du titulaire de permis, la mesure d'intervention prévue n'a pas été mise en œuvre à chaque quart de travail au cours de la période examinée.

Le personnel infirmier autorisé et une ou un GSR ont confirmé que la mesure d'intervention supplémentaire avait été élaborée et mise en œuvre en tant que mesure d'intervention planifiée après le retour de la personne résidente d'un établissement de soins actifs. La mesure d'intervention devait être en 24 heures sur 24. Toutes les personnes interrogées ont indiqué que lors de certains quarts survenus au cours de la période visée où la mesure d'intervention supplémentaire n'avait pas eu lieu parce que le personnel n'était pas disponible pour l'assurer.

La ou le GSR et la directrice des soins infirmiers ont confirmé que la « mesure d'intervention supplémentaire » identifiée était une mesure d'intervention qui aurait dû être mise en place 24 heures sur 24.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que le programme de soins soit mis en œuvre pour la personne résidente comme prévu a mis cette dernière en danger.

Sources : Dossier médical clinique de la personne résidente, RIC et registres de présence du personnel du titulaire de permis; entrevues avec le personnel infirmier autorisé, une superviseure ou un superviseur des soins aux résidents, des gestionnaires des soins aux résidents et la directrice des soins infirmiers. [000722]

AVIS ÉCRIT : Services infirmiers et services de soutien personnel

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

Non-respect du paragraphe 11 (1) de la LRSLD (2021)

Services infirmiers et services de soutien personnel

Par. 11 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soient instaurés, à l'égard du foyer, les programmes suivants :

- a) un programme structuré de services infirmiers visant à répondre aux besoins évalués des résidents;
- b) un programme structuré de services de soutien personnel visant à répondre aux besoins évalués des résidents.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme structuré de services infirmiers et de services de soutien personnel destiné au foyer soit respecté.

En vertu du par. 11 (2) de la LRSLD, la définition qui suit s'applique à l'alinéa (1) b) :
« services de soutien personnel » Services visant à prêter assistance dans le cadre des activités de la vie quotidienne, y compris des services relatifs à l'hygiène corporelle. S'entend en outre de la supervision de ces activités.

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

Justification et résumé

Le directeur a reçu une plainte concernant des allégations de mauvais traitements envers une personne résidente. La plainte indiquait que la « direction » avait été informée des allégations. Les allégations identifient la personne résidente et le personnel concerné.

Le dossier médical de la personne résidente a été examiné. D'après les documents rédigés par une infirmière auxiliaire autorisée ou un infirmier auxiliaire autorisé (IAA),

la personne résidente a fait part des allégations à un membre du personnel de soutien.

La politique de l'établissement relative à l'utilisation des appareils et des téléphones cellulaires entend protéger la confidentialité et les droits des personnes résidentes, et éviter de perturber la prestation des soins et des services à Fairhaven. La politique prévoyait une tolérance zéro en cas de violation de ses dispositions.

Une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) a indiqué qu'elle était au courant de la politique du titulaire de permis. La PSSP a nié les allégations de mauvais traitements.

Une ou un gestionnaire des soins aux résidents (GSR) a confirmé être au courant des allégations. La ou le GSR et la directrice des soins infirmiers ont confirmé que la PSSP avait enfreint la politique du titulaire de permis relative à l'utilisation des appareils et des téléphones cellulaires.

Le fait que le personnel ne se conforme pas aux politiques du titulaire de permis entraîne des lacunes dans les soins et les services offerts aux personnes résidentes et constitue une violation potentielle de la déclaration des droits des personnes résidentes.

Sources : Dossier médical de la personne résidente, plainte déposée auprès du directeur, politique du titulaire de permis relative à l'utilisation des appareils et des téléphones cellulaires; entrevues avec le personnel de soutien, le personnel infirmier, une ou un gestionnaire des soins aux résidents et la directrice des soins infirmiers. [000722]

AVIS ÉCRIT : Obligations précises : propreté et bon état

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

Non-respect de l'alinéa 19 (2) c) de la LRSLD (2021)

Services d'hébergement

Al. 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

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

et en bon état.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que le matériel soit entretenu de sorte qu'il soit sûr et en bon état.

Justification et résumé

Lors d'une inspection effectuée en vertu d'un ordre de conformité (OC) émis en vertu de l'article 36 du Règl. de l'Ont. 79/10 (« Techniques de transfert et de changement de position »), l'inspectrice a examiné les dossiers du titulaire de permis intitulés *Mechanical Safety Check* (Contrôle de la sécurité mécanique). Le titulaire de permis a mis en place des formulaires de contrôle de la sécurité à titre d'outil de vérification afin de tenir compte de la condition n° 5 de l'ordre de conformité.

Le formulaire de vérification *Mechanical Safety Check* (Contrôle de la sécurité mécanique) identifiait le matériel contrôlé par le personnel infirmier à des fins de sécurité, en particulier les appareils mécaniques de levage/transfert utilisés pour les soins aux personnes résidentes. Les formulaires *Mechanical Safety Check* (Contrôle de la sécurité mécanique) identifiaient les éléments suivants :

- un appareil de levage/transfert mécanique – dans une certaine zone du foyer – le formulaire indiquait que le panneau de commande de l'appareil de levage mécanique ne fonctionnait pas et que la batterie de l'appareil ne se rechargeait pas.
- un appareil de levage/transfert mécanique – dans une certaine zone du foyer – le formulaire indiquait que le panneau de commande de l'appareil de levage mécanique n'était pas en bon état et que la batterie de l'appareil ne se rechargeait pas.

Les politiques du titulaire de permis, en particulier *Equipment Overview* (Aperçu du matériel), *Repair Protocols* (Protocoles de réparation) et *Work Orders* (Bons de travail), ont été examinées. La politique intitulée *Equipment Overview* (Aperçu du matériel) indiquait que le matériel à Fairhaven devait être gardé en bon état et mis à niveau ou remplacé si nécessaire. La politique indiquait également que les instructions du fabricant devaient être suivies concernant l'utilisation et l'entretien du matériel. La politique intitulée *Repair Protocols* (Protocoles de réparation) stipulait que le foyer de soins de longue durée suivait un protocole de réparation pour veiller

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

à ce que toutes les défaillances soient gérées de manière efficiente et efficace. La politique indiquait, en outre, que les employés devaient signaler les pannes et les défaillances du matériel au gestionnaire du service ou à sa représentante ou son représentant. La politique intitulée *Work Orders* (Bons de travail) stipulait que toutes les demandes de travail devaient être effectuées au moyen du programme logiciel désigné. La politique indiquait également que le logiciel avait été installé sur tous les ordinateurs à l'usage du personnel. La politique indiquait qu'un bon de travail était une instruction d'exécuter une tâche. La politique indiquait que le logiciel était utilisé par le personnel dans l'ensemble du foyer pour communiquer avec le personnel chargé de l'entretien et la ou le gestionnaire des services environnementaux au sujet du matériel ayant besoin d'être réparé ou remplacé.

Les personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP), une ou un IAA et une superviseure ou un superviseur des soins aux résidents ont confirmé qu'ils savaient que le titulaire de permis avait mis en place un processus pour signaler le fait que du matériel ait besoin d'être réparé. Ces personnes savaient également que le logiciel avait été installé sur les ordinateurs des zones du foyer. Les PSSP ont indiqué qu'ils communiqueraient avec l'IAA si l'équipement ne fonctionnait pas correctement ou s'il avait besoin d'être réparé. Une ou un IAA a indiqué que le personnel infirmier autorisé et les gestionnaires soumettraient des « bons de travail » à l'aide du logiciel s'ils étaient informés de pannes du matériel et/ou de la nécessité d'effectuer des réparations. Les PSSP ont indiqué que les appareils mécaniques de levage/transfert identifiés dans leurs zones du foyer ne fonctionnaient pas correctement depuis plusieurs mois. Les deux PSSP ont indiqué que le personnel infirmier autorisé avait été informé que les appareils mécaniques de levage/transfert devaient être réparés.

La ou le gestionnaire des services environnementaux (GSE) a indiqué que le personnel avait reçu l'instruction d'utiliser le logiciel désigné pour signaler toute réparation nécessaire concernant le matériel. La ou le GSE a confirmé qu'il n'y avait pas de « bons de travail » particuliers pour les appareils mécaniques de levage/transfert identifiés si ceux-ci ne fonctionnaient pas correctement selon les formulaires de vérification quotidienne *Mechanical Safety Check* (Contrôle de la sécurité mécanique).

Le fait de ne pas s'assurer que le matériel, en particulier les appareils mécaniques de levage et de transfert, est en bon état a mis les personnes résidentes en danger.

Sources : Formulaire de vérification quotidienne de la sécurité *Mechanical Safety Check* (Contrôle de la sécurité mécanique) dans les zones du foyer, politique du titulaire de licence, *Work Orders* (Bons de travail) et *Repair Protocols* (Protocoles de réparation); entrevues avec le personnel infirmier, une superviseuse ou un superviseur des soins aux résidents, la directrice des soins infirmiers et la ou le gestionnaire des services environnementaux. [000722]

AVIS ÉCRIT : Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

Problème de conformité n° 008 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

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

Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

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

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que sa politique écrite visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements envers les personnes résidentes soit respectée.

Justification et résumé

Le directeur a reçu une plainte concernant des allégations de mauvais traitements envers une personne résidente. La plainte indiquait que la « direction » avait été informée des allégations.

Selon la politique du titulaire de permis intitulée *Zero Tolerance of Abuse and Neglect* (Politique visant à promouvoir la tolérance zéro à l'égard des mauvais traitements et de la négligence), Fairhaven s'engage à ne tolérer aucune forme de mauvais traitements ou de négligence à l'égard des personnes résidentes et chacune d'entre elles a le droit d'être protégée contre les mauvais traitements. La politique du titulaire de permis stipule que la direction doit s'assurer que tous les membres du personnel ont confirmé par écrit avoir lu, compris et accepté la politique. La politique prévoit qu'en cas d'incident présumé de mauvais traitements

envers une personne résidente, le membre du personnel autorisé et/ou la ou le gestionnaire aviseront immédiatement le directeur et feront une description détaillée de la situation en utilisant un formulaire d'enquête sur les incidents, incluant le lieu et le moment de l'incident, les personnes impliquées, ce qui s'est passé et les mesures d'intervention mises en place. La politique prévoit, en outre, que la personne résidente soit immédiatement rassurée et soutenue, qu'une évaluation physique de la tête aux pieds soit effectuée et consignée dans le dossier médical électronique de la personne résidente, que le médecin et le mandataire spécial soient informés des allégations et que le mandataire spécial soit informé des résultats de l'enquête.

Les documents rédigés par une infirmière auxiliaire autorisée ou un infirmier auxiliaire autorisé (IAA) ont confirmé que la personne résidente avait révélé les allégations de mauvais traitements au personnel de soutien.

L'examen du dossier médical clinique de la personne résidente et l'enquête du titulaire de permis n'ont pas permis de déterminer si la personne résidente avait été rassurée ou soutenue après la divulgation des allégations de mauvais traitements, si la personne résidente avait été évaluée par un membre du personnel infirmier autorisé ou un médecin au sujet des allégations, si le mandataire spécial de la personne résidente avait été informé des allégations ou du résultat de l'enquête et si l'enquête avait été documentée conformément à la politique du titulaire de permis. En outre, les mauvais traitements présumés n'ont pas été signalés au directeur comme le prévoit la politique.

Une ou un gestionnaire des soins aux résidents (GSR), la directrice des soins infirmiers et la directrice générale ont confirmé que la politique du titulaire de permis intitulée *Zero Tolerance of Abuse and Neglect* (Politique visant à promouvoir la tolérance zéro à l'égard des mauvais traitements et de la négligence) n'avait pas été respectée.

Le fait que l'ensemble du personnel, y compris la direction, ne respecte pas cette politique entraîne des lacunes dans les soins et les services, en particulier en ce qui concerne la tolérance zéro à l'égard des mauvais traitements infligés aux personnes résidentes. Le fait de ne pas informer le médecin traitant d'une personne résidente d'allégations de mauvais traitements et/ou des résultats d'une enquête pose des problèmes de confiance et de transparence.

Sources : Dossier médical d'une personne résidente, politique du titulaire de permis intitulée *Zero Tolerance of Abuse and Neglect* (Politique visant à promouvoir la tolérance zéro à l'égard des mauvais traitements et de la négligence); et entrevues avec la personne résidente, le personnel de soutien, le ou la GSR, la directrice des soins infirmiers et la directrice générale. [000722]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que sa politique écrite visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements envers les personnes résidentes soit respectée.

Justification et résumé

Le titulaire de permis a déposé une plainte auprès du directeur au sujet d'un incident présumé de mauvais traitements de la part du personnel envers une personne résidente.

Selon la politique du titulaire de permis intitulée *Zero Tolerance of Abuse and Neglect* (Politique visant à promouvoir la tolérance zéro à l'égard des mauvais traitements et de la négligence), Fairhaven s'engage à ne tolérer aucune forme de mauvais traitements ou de négligence à l'égard des personnes résidentes et chacune d'entre elles a le droit d'être protégée contre les mauvais traitements. La politique stipule que la direction doit s'assurer que tous les membres du personnel ont confirmé par écrit avoir lu, compris et accepté la politique. La politique prévoit qu'en cas d'incident présumé de mauvais traitements envers une personne résidente, le membre du personnel autorisé et/ou la ou le gestionnaire aviseront immédiatement le directeur et feront une description détaillée de la situation en utilisant un formulaire d'enquête sur les incidents, incluant le lieu et le moment de l'incident, les personnes impliquées, ce qui s'est passé et les mesures d'intervention mises en place. La politique prévoit, en outre, que la personne résidente soit immédiatement rassurée et soutenue, et que le mandataire spécial de celle-ci soit informé des allégations et des résultats de l'enquête.

Le dossier médical de la personne résidente, le RIC et l'enquête du titulaire de permis ont été examinés. D'après les documents produits dans le cadre de l'enquête menée par le titulaire de permis, la personne résidente a signalé l'incident de mauvais traitements présumés à une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) en nommant le membre du personnel concerné.

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

La PSSP a indiqué avoir signalé les allégations de mauvais traitements à une infirmière auxiliaire autorisée.

L'infirmière auxiliaire autorisée ou l'infirmier auxiliaire autorisé a indiqué ne pas avoir signalé les allégations à sa superviseuse ou son superviseur et/ou au directeur, ne pas avoir documenté l'incident allégué et ne pas avoir informé le médecin désigné de la personne résidente de l'incident.

Une ou un gestionnaire des soins aux résidents, la directrice des soins infirmiers et la directrice générale ont indiqué que le personnel était censé se conformer aux politiques du titulaire de permis.

Le fait de ne pas signaler ni documenter des allégations de mauvais traitements de la part du personnel envers une personne résidente, et de ne pas en informer immédiatement le directeur et le mandataire spécial de la personne résidente peut retarder les enquêtes du titulaire de permis et les inspections du ministère. Un tel manquement peut également avoir des répercussions sur la participation du mandataire spécial au programme de soins et enfin, exposer les personnes résidentes à un risque de préjudice.

Sources : Dossier médical de la personne résidente, RIC, enquête du titulaire de permis, politique du titulaire de permis intitulée *Zero Tolerance of Abuse and Neglect* (Politique visant à promouvoir la tolérance zéro à l'égard des mauvais traitements et de la négligence), dossiers de formation du personnel identifié; et entrevues avec le personnel infirmier, une ou un GSR, la directrice des soins infirmiers et la directrice générale. [000722]

3. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que sa politique écrite visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes soit respectée.

Justification et résumé

Le directeur a reçu une plainte concernant des allégations de mauvais traitements envers une personne résidente.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Le dossier médical de la personne résidente et les politiques du titulaire de permis ont été examinés. Selon la politique du titulaire de permis intitulée *Zero Tolerance of Abuse and Neglect* (Politique visant à promouvoir la tolérance zéro à l'égard des mauvais traitements et de la négligence), le personnel autorisé et l'équipe de direction étaient tenus d'enquêter sur les allégations de mauvais traitements envers une personne résidente. La politique indiquait que le personnel autorisé et l'équipe de direction devaient veiller à ce que tous les témoins ou autres personnes impliquées soient interrogés et qu'un rapport soit rédigé par écrit, résumant l'incident, l'heure et le lieu, les noms des témoins ou d'autres personnes directement ou indirectement informées de l'incident. Les documents relatifs à l'enquête menée au sujet de l'incident ont été demandés. Aucune enquête n'a été documentée au sujet de l'incident.

Dans son entrevue, la personne résidente a indiqué qu'elle soupçonnait une autre personne résidente d'avoir pris ses affaires et qu'elle avait fait part de ces allégations au personnel infirmier.

Une infirmière auxiliaire autorisée ou un infirmier auxiliaire autorisé (IAA) et une ou un gestionnaire des soins aux résidents (GSR) ont tous deux indiqué que les gestionnaires des soins aux résidents étaient chargés de mener les enquêtes sur les allégations de mauvais traitements. Une ou un IAA a indiqué avoir fait part à une ou un GSR des allégations de la personne résidente. La ou le GSR a indiqué avoir reçu la notification concernant les allégations de la personne résidente, mais l'enquête n'a pas eu lieu.

Le risque de préjudice pour la personne résidente était minime, quand l'incident présumé n'a pas fait l'objet d'une enquête dans le cadre de la politique écrite du titulaire de permis visant à promouvoir la tolérance zéro à l'égard des mauvais traitements et de la négligence à l'égard des personnes résidentes.

Sources : Dossier clinique de la personne résidente, politique du titulaire de permis intitulée *Zero Tolerance of Abuse and Neglect* (Politique visant à promouvoir la tolérance zéro à l'égard des mauvais traitements et de la négligence), entrevues avec la personne résidente, le personnel infirmier autorisé et une ou un GSR.
[704759]

AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes

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

Non-respect du sous-alinéa 27 (1) a) (i) de la LRSLD (2021)

Obligation du titulaire de permis d'enquêter, de répondre et d'agir

S.-al. 27 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

- a) les incidents suivants qui sont présumés, soupçonnés ou observés et dont il a connaissance ou qui lui sont signalés font l'objet d'une enquête immédiate :
 - (i) les mauvais traitements infligés à un résident par qui que ce soit,

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que tous les incidents de mauvais traitements présumés, soupçonnés ou observés et dont il a connaissance fassent l'objet d'une enquête immédiate.

Justification et résumé

Le titulaire de permis a soumis au directeur un rapport d'incident critique (RIC) concernant une plainte écrite portant sur des allégations de mauvais traitements à l'égard d'une personne résidente.

La plainte alléguait que de mauvais traitements avaient été infligés par le personnel à l'égard de la personne résidente et mentionnait la disparition d'objets appartenant à cette même personne résidente. D'après les documents, une ou un gestionnaire des soins aux résidents (GSR) a reçu la plainte et quelques jours après, a commencé à interroger la personne résidente et le personnel.

La ou le GSR a confirmé la réception de la plainte écrite. La ou le GSR a indiqué avoir discuté le lendemain avec le mandataire spécial de la personne résidente et avoir commencé à interroger la personne résidente et le personnel le jour suivant.

La directrice générale a indiqué que toutes les plaintes alléguant de mauvais traitements ou un préjudice causé à une personne résidente doivent faire l'objet d'une enquête immédiate.

L'absence d'enquête immédiate sur les allégations de mauvais traitements expose

les personnes résidentes à un risque de préjudice potentiel.

Sources : Dossier médical de la personne résidente, deux RIC et RIC, enquête du titulaire de permis, politiques du titulaire de permis intitulées *Zero Tolerance of Abuse and Neglect* (Politique visant à promouvoir la tolérance zéro à l'égard des mauvais traitements et de la négligence) et *Resident and/or Family Concerns Process* (Politique relative au processus de traitement des préoccupations des personnes résidentes et/ou des familles), dossiers de formation des membres du personnel identifiés; entrevues avec une ou un GSR, la directrice des soins infirmiers et la directrice générale. [000722]

AVIS ÉCRIT : Formation

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

Non-respect du paragraphe 82 (4) de la LRSLD, 2021

Formation

Par. 82 (4) Le titulaire de permis veille à ce que les personnes qui ont reçu la formation visée au paragraphe (2) se recyclent dans les domaines visés à ce paragraphe aux moments ou aux intervalles que prévoient les règlements.

1. Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que les personnes qui ont reçu la formation visée au paragraphe (2) se recyclent dans les domaines visés à ce paragraphe aux moments ou aux intervalles que prévoient les règlements, en particulier relativement à 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 personnes résidentes.

Conformément au paragraphe 260 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22, les intervalles aux fins du paragraphe 82 (4) de la Loi sont des intervalles annuels.

Justification et résumé

Au cours de l'inspection, plusieurs rapports d'incidents critiques (RIC) ont été examinés en lien avec des allégations de mauvais traitements de la part du personnel envers les personnes résidentes.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Selon les statistiques sur la formation en 2023, tout le personnel n'a pas reçu la formation obligatoire exigée par la Loi et ses règlements. Les statistiques sur la formation ont indiqué ce qui suit :

- Prévention des mauvais traitements et de la négligence – 5,9 % du personnel n'avait pas suivi la formation
- Droits des personnes résidentes – 0,9 % du personnel n'avait pas suivi la formation

La directrice des soins infirmiers a confirmé que tout le personnel n'avait pas suivi la formation obligatoire en 2023, en particulier la formation relative à la tolérance zéro à l'égard des mauvais traitements envers les personnes résidentes et à la déclaration des droits des personnes résidentes. La directrice des soins infirmiers a également indiqué que, pour le moment, le « déséquilibre de pouvoir » ne faisait pas partie de la formation annuelle obligatoire du personnel, en particulier en ce qui concerne le programme du foyer visant à promouvoir la tolérance zéro à l'égard des mauvais traitements.

Le fait que l'ensemble du personnel n'ait pas suivi la formation annuelle obligatoire, notamment en ce qui concerne la tolérance zéro à l'égard des mauvais traitements et de la négligence, le déséquilibre de pouvoir et la déclaration des droits des personnes résidentes, a entraîné des lacunes dans les soins et les services offerts aux personnes résidentes du foyer de soins de longue durée et a nui à la responsabilisation du personnel dans l'exercice de ses fonctions.

Sources : Statistiques sur la formation obligatoire du personnel pour 2023; entrevues avec le personnel de soutien et la directrice des soins infirmiers. [000722]

2. Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que les personnes qui ont reçu la formation visée au paragraphe (2) se recyclent dans les domaines visés à ce paragraphe aux moments ou aux intervalles que prévoient les règlements, en particulier relativement aux plans de mesures d'urgence du titulaire de permis.

Conformément au paragraphe 260 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22, les intervalles aux fins du paragraphe 82 (4) de la Loi sont des intervalles annuels.

Justification et résumé

Au cours de l'inspection, un rapport d'incident critique (RIC) a été examiné concernant un incident ayant causé des blessures à une personne résidente.

L'examen du RIC a révélé qu'un « code bleu » avait été déclenché. La directrice des soins infirmiers a indiqué que le « code bleu » faisait partie des plans de mesures d'urgence du titulaire de permis et que le personnel recevait une formation lors de l'embauche et tous les ans par la suite.

Les dossiers relatifs à la formation obligatoire de 2023, en particulier concernant la préparation et les plans d'urgence, ont été examinés. Selon les statistiques sur la formation, tout le personnel n'a pas reçu la formation obligatoire exigée par la Loi et ses règlements. Les statistiques sur la formation en 2023 ont indiqué ce qui suit :

- Politique et préparation aux situations d'urgence – 5,4 % du personnel n'avait pas suivi la formation

La directrice des soins infirmiers a confirmé que tout le personnel n'avait pas suivi la formation obligatoire en 2023, en particulier la formation relative aux plans d'urgence.

Le fait que l'ensemble du personnel n'ait pas suivi la formation annuelle obligatoire, notamment en ce qui concerne les plans d'urgence, a entraîné des lacunes dans les soins et les services offerts aux personnes résidentes du foyer de soins de longue durée et a nui à la responsabilisation du personnel dans l'exercice de ses fonctions.

Sources : Statistiques sur la formation obligatoire du personnel pour 2023; entrevue avec la directrice des soins infirmiers. [000722]

AVIS ÉCRIT : Plans de mesures d'urgence

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

Non-respect de l'alinéa 90 (1) a) de la LRSLD (2021)

Plans de mesures d'urgence

Al. 90 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soient mis en place à l'égard du foyer des plans de mesures d'urgence conformes

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

aux règlements, notamment :

a) des mesures permettant de faire face, de répondre et de se préparer à des situations d'urgence, notamment les épidémies et les pandémies;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des plans de mesures d'urgence soient mis en place et conformes aux règlements, en particulier des mesures permettant de faire face à des situations d'urgence.

Conformément à l'alinéa 268 (4) 1 du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis doit veiller à ce que les plans d'urgence prévoient la façon de faire face aux situations d'urgence, en particulier les urgences médicales.

Justification et résumé

Le titulaire de permis a soumis au directeur un rapport d'incident critique (RIC) concernant un incident ayant causé des blessures à une personne résidente.

Les politiques du titulaire de permis intitulées *Code Blue-Medical Emergency* (Code bleu – urgence médicale) et *Paging-Overhead Communication* (Communication par haut-parleurs) ont été examinées. Selon la politique intitulée *Paging-Overhead Communication* (Communication par haut-parleurs), des téléphones cellulaires sans fil ont été attribués à de nombreux membres du personnel. Les membres du personnel doivent toujours transporter sur eux leur téléphone cellulaire et s'assurer qu'il est allumé lorsqu'ils sont en service. La politique stipule que le personnel doit utiliser son téléphone cellulaire pour communiquer avec les autres membres du personnel et qu'il doit accéder à la fonction de communication par haut-parleurs en composant le « 8011 » et en entrant la zone appropriée figurant dans la liste des numéros de téléphone internes. En vertu de la politique *Code Blue-Medical Emergency* (Code bleu – urgence médicale), le « code bleu » est activé lorsqu'une personne se trouvant dans les locaux a besoin d'une assistance médicale immédiate. La politique stipule qu'en cas de besoin d'une intervention médicale immédiate, le personnel doit appeler l'infirmière autorisée au poste 323.

Une PSSP a indiqué avoir tenté d'appeler l'infirmière ou l'infirmier responsable-IA pour l'aider à résoudre l'incident, mais l'appel ne passait pas. La PSSP a indiqué ne pas connaître la politique relative aux téléphones ni savoir comment les utiliser.

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

Une ou un IA a indiqué avoir tenté d'obtenir une aide supplémentaire de la part d'autres membres du personnel infirmier autorisé, mais son appel par haut-parleurs n'a pas abouti comme prévu. L'IA a indiqué ne pas connaître la politique relative aux téléphones ni savoir comment les utiliser.

La coordonnatrice ou le coordonnateur des communications et des services de technologie de l'information a confirmé que le titulaire de permis a mis en place un nouveau système téléphonique à la fin de l'année 2023. L'entrevue avec la coordonnatrice ou le coordonnateur des communications et des services de technologie de l'information a révélé que le personnel ne connaissait pas la politique et le processus permettant de communiquer par haut-parleurs et de joindre l'infirmière autorisée en cas d'urgence. L'entrevue a également révélé que les mesures d'urgence mises en place n'étaient pas conformes aux politiques du titulaire de permis.

La directrice générale a indiqué que le nouveau système téléphonique n'aurait pas dû être mis en place avant que le personnel ne maîtrise son utilisation et/ou que les politiques et procédures écrites n'aient été mises à jour.

Le fait que les plans d'urgence, en particulier les mesures à prendre pour faire face à une situation d'urgence, n'aient pas été conformes au règlement ni mis en œuvre a exposé la personne résidente à un risque de préjudice.

Sources : Politiques du titulaire de permis, *Paging-Overhead Communication* (Communication par haut-parleurs), *Code Blue-Medical Emergency* (Code bleu – urgence médicale); entrevues avec le personnel infirmier et de soutien, la coordonnatrice ou le coordonnateur des communications et des services de technologie de l'information, la directrice des soins infirmiers et la directrice générale. [000722]

AVIS ÉCRIT : Mise à l'épreuve des plans

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

Non-respect du paragraphe 90 (2) de la LRSLD (2021)

Plans de mesures d'urgence

Par. 90 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que

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

les plans de mesures d'urgence soient mis à l'épreuve, évalués, mis à jour et réexaminés avec l'aide du personnel du foyer comme le prévoient les règlements.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les plans d'urgence soient mis à l'épreuve, évalués, mis à jour et réexaminés avec l'aide du personnel du foyer comme le prévoient les règlements.

En vertu du paragraphe 268 (10) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis doit s'assurer que les plans d'urgence, y compris les urgences médicales, soient mis à l'épreuve chaque année.

Justification et résumé

Le titulaire de permis a soumis au directeur un rapport d'incident critique (RIC) concernant un incident ayant causé des blessures à une personne résidente.

Le dossier médical clinique de la personne résidente et le RIC ont été examinés. Les documents précisaient les détails de l'incident qui ont nécessité le déclenchement de mesures d'intervention d'urgence et de sauvetage.

Les personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP) et le personnel infirmier ont indiqué ne pas avoir de souvenir d'une urgence médicale. Plus particulièrement, le « code bleu » faisait partie de la mise à l'épreuve annuelle de leurs plans d'urgence.

La directrice des soins infirmiers a confirmé que les plans d'urgence du foyer de soins de longue durée, qui prévoyaient un code bleu en cas d'urgence médicale, n'ont pas été mis à l'épreuve en 2023.

Le fait que les plans d'urgence ne soient pas mis à l'épreuve chaque année entraîne des lacunes dans les soins et les services et présente un risque de préjudice pour les personnes résidentes.

Sources : RIC; entrevues avec les PSSP, le personnel infirmier autorisé et la directrice des soins infirmiers. [000722]

AVIS ÉCRIT : Conditions du permis

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

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

Conditions du permis

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

Le titulaire de permis n'a pas respecté l'ordre de conformité n° 001 émis dans le cadre de l'inspection n° 2023-1544-0002, en vertu de l'alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22.

L'OC exigeait ce qui suit du foyer :

4. La superviseure ou le superviseur des services environnementaux (SSE) et la personne préposée à la planification élaboreront une procédure par écrit pour communiquer chaque matin les remplacements et les réaffectations des membres du personnel d'entretien ménager. Il faudra conserver une trace écrite de la date à laquelle le membre du personnel d'entretien ménager a dû être remplacé, ainsi que le nom de son remplaçant. La ou le SSE, ou sa représentante ou son représentant, vérifiera la feuille d'entretien ménager pour chaque zone du foyer, une fois par semaine pendant quatre semaines. Si le personnel d'entretien ménager n'a pas procédé au nettoyage, conformément aux procédures de nettoyage à suivre en cas d'épidémie ou d'absence d'épidémie, la ou le SSE conservera un dossier indiquant la date, la raison et la manière d'éviter que la situation ne se reproduise.

5. La ou le responsable de la PCI ou un membre du personnel infirmier analysera les protections oculaires utilisées dans le foyer lors de l'épidémie précédente. Une fois l'analyse effectuée, la ou le responsable de la PCI fournira à l'ensemble du personnel une formation sur les équipements de protection individuelle (ÉPI) à utiliser dans le cadre des précautions identifiées. Si la ou le responsable de la PCI décide de l'ÉPI à utiliser, la formation doit porter sur la manière dont l'ÉPI sera nettoyé et stocké. Conservez une trace écrite de la date, du nom du personnel formé et de la nature de la formation offerte.

Justification et résumé

La première inspection de suivi a été effectuée relativement à l'ordre de conformité en souffrance.

La superviseure ou le superviseur des services environnementaux (SSE) n'a pas vérifié la feuille d'entretien ménager pour chaque zone du foyer, contrairement à ce qu'exigeait la partie 4 de l'OC.

La ou le SSE a indiqué que le personnel d'entretien ménager devait apposer sa signature pour approuver les tâches de nettoyage effectuées en cas d'épidémie ou d'absence d'épidémie. La ou le SSE a indiqué être chargé de veiller à ce que le personnel d'entretien ménager effectue et documente les tâches de nettoyage. La ou le SSE a indiqué avoir vérifié les feuilles d'entretien ménager, une fois celles-ci recueillies auprès du personnel. La ou le SSE a indiqué que s'il était établi que le nettoyage n'avait pas été fait, il en parlait verbalement avec le personnel concerné, mais la discussion n'était pas consignée, notamment la date, la raison et la manière d'éviter que cela ne se reproduise.

La ou le responsable de la prévention et du contrôle des infections (PCI) n'a pas dispensé à l'ensemble du personnel la formation requise sur l'ÉPI à utiliser pour prendre les précautions nécessaires, contrairement à ce qu'exigeait la partie 5 de l'OC.

La ou le responsable de la PCI a indiqué que le personnel de soins directs avait reçu une formation en ligne sur l'utilisation de l'ÉPI, mais cette formation ne concernait pas tous les services.

Un risque a été identifié lorsque le titulaire de permis n'a pas respecté l'ordre de conformité n° 001 émis dans le cadre de l'inspection n° 2023-1544-0002, concernant les pratiques de prévention et de contrôle des infections susceptibles de prévenir ou de réduire le risque de transmission de maladies infectieuses aux personnes résidentes et à d'autres personnes.

Sources : Ordre de conformité n° 001 émis dans le cadre de l'inspection n° 2023-1544-0002, classeur des ordres de conformité du titulaire de permis, note de service envoyée par courriel et intitulée *Summary of IPAC Program Enhancements*

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

(Sommaire des améliorations apportées au programme de PCI), dossiers de formation en lien avec l'utilisation de l'ÉPI identifié, entrevues avec la superviseure ou le superviseur des services environnementaux et la ou le responsable de la PCI. [704759]

Un avis de pénalité administrative est délivré dans le cadre du présent avis de pénalité administrative écrit n° 001**AVIS DE PÉNALITÉ ADMINISTRATIVE (APA)**

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

Avis de pénalité administrative APA n° 001**Lié à l'ordre de conformité n° 013**

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

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

Historique de la conformité :

Il n'y avait pas d'antécédents de problème de conformité avec le paragraphe 104 (4) de la LRSLD (2021) en vertu de l'ordre de conformité n° 001 émis dans le cadre de l'inspection n° 2023-1544-0002 en date du 14 novembre 2023.

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

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

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

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

AVIS ÉCRIT : Conditions du permis

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

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

Conditions du permis

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

Le titulaire de permis n'a pas respecté la condition n° 5 d'un ordre de conformité (OC), plus particulièrement l'OC n° 001 émis dans le cadre de l'inspection n° 2023_1544_0001. L'OC a été émis en vertu de l'article 36 du Règl. de l'Ont. 79/10, « Techniques de transfert et de positionnement ».

Plus précisément, le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'intégralité des élingues et des lève-personnes utilisés dans le cadre de son programme de levage et de transfert sécurisés soient vérifiés et/ou inspectés pour s'assurer de leur bon fonctionnement et de leur caractère sécuritaire, quotidiennement, préalablement à chaque utilisation et conformément aux instructions du fabricant.

Justification et résumé

L'ordre de conformité (OC) exigeait du titulaire de permis qu'il fasse ce qui suit :

5. Veiller à ce que l'intégralité des élingues et des lève-personnes utilisés soient vérifiés et/ou inspectés pour s'assurer de leur bon fonctionnement et de leur caractère sécuritaire, quotidiennement, préalablement à chaque utilisation et conformément aux instructions du fabricant. Les registres doivent être conservés et mis à la disposition de l'inspectrice ou de l'inspecteur immédiatement sur demande.

Les personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP) et le personnel infirmier ont indiqué qu'ils savaient que les contrôles de sécurité de tous les appareils mécaniques de levage/transfert et des fournitures connexes utilisées devaient être effectués quotidiennement pour s'assurer du bon fonctionnement 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 du Centre-Est

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

du caractère sécuritaire du matériel, quotidiennement, préalablement à chaque utilisation et conformément aux instructions du fabricant, conformément à la partie 5 de l'OC.

Une superviseure ou un superviseur des soins aux résidents (SSR) et la directrice des soins infirmiers ont confirmé que les contrôles de sécurité des appareils mécaniques de levage et de transfert et des fournitures connexes utilisées n'avaient pas été effectués, ce qui contrevient à la partie 5 de l'OC. La directrice des soins infirmiers a confirmé que la condition n° 5 de l'ordre n'avait pas été remplie.

Il s'agissait du deuxième suivi de l'ordre de conformité en souffrance.

Le non-respect de toutes les conditions d'un ordre de conformité (OC n° 001) a exposé les personnes résidentes à un risque de préjudice, en particulier celles qui avaient été évaluées comme nécessitant un appareil mécanique de levage/transfert pour leurs besoins en matière de soins.

Sources : Ordre de conformité (OC) n° 001 émis dans le cadre de l'inspection n° 2023_1544_0001, formulaire de vérification du titulaire de permis *Mechanical Safety Check* (Contrôle de la sécurité mécanique), et entrevues avec les PSSP, le personnel infirmier autorisé, un SSR et la directrice des soins infirmiers. [000722]

Un avis de pénalité administrative est délivré dans le cadre du présent avis de pénalité administrative écrit n° 002**AVIS DE PÉNALITÉ ADMINISTRATIVE (APA)**

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

Avis de pénalité administrative APA n° 002**Lié à l'ordre de conformité n° 014**

En vertu de l'article 158 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*, le titulaire de permis doit payer une pénalité administrative de 2 200 \$, à verser dans les 30 jours suivants la date de la facture.

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

Historique de la conformité :

Le 14 novembre 2024, le titulaire de permis a reçu un avis de non-conformité émis en vertu du paragraphe 104 (4) de la LRSLD (2021) dans le cadre du rapport d'inspection n° 2023-154 0002, relativement à l'ordre de conformité (OC) n° 001 émis dans le cadre du rapport d'inspection n° 2023-1544-0001, délivré en vertu de l'article 36 du Règl. de l'Ont. 79/10, intitulé « Techniques de transfert et de positionnement », signifié le 26 juillet 2023.

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

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

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

AVIS ÉCRIT : Système de communication et d'intervention

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

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

Système de communication bilatérale

Al. 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;

Le titulaire de permis a omis de s'assurer que le système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel était accessible aux personnes résidentes, aux membres du personnel et aux visiteurs.

Justification et résumé

Lors de la visite initiale du foyer de soins de longue durée et tout au long de l'inspection, il a été constaté que le système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel se trouvant dans un salon/salle d'activités pour les personnes résidentes, situé dans une zone du foyer, était bloqué par des tables et un chariot d'activités. Les personnes résidentes ont été observées en train de regarder la télévision dans cette pièce.

La directrice générale a confirmé que le système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel n'était pas accessible en raison des tables et du chariot qui le bloquaient.

Le fait que le système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel ne soit pas accessible entraîne un risque de préjudice pour les personnes résidentes, les membres du personnel et les visiteurs.

Sources : Observations et entrevue avec la directrice générale. [000722]

AVIS ÉCRIT : Effets personnels et aides personnelles

Problème de conformité n° 016 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de l'alinéa 41 (1) a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Effets personnels et aides personnelles

Al. 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 prothèses auditives :

a) étiquetés, dans les 48 heures de son admission et, dans le cas de nouveaux effets, de leur acquisition;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les effets personnels de chaque personne résidente soient étiquetés.

Justification et résumé

Lors des observations menées dans le foyer, il a été constaté qu'une porte, dans

une certaine zone du foyer, était ouverte et non surveillée par le personnel. Sur le comptoir de la pièce se trouvaient plusieurs effets personnels appartenant aux personnes résidentes qui n'étaient pas étiquetés à des fins d'usage individuel. Lors de cette même observation, des bacs en plastique contenant des effets personnels appartenant aux personnes résidentes ont été vus dans une armoire ouverte dans la même pièce; les bacs étaient étiquetés, mais les effets personnels à l'intérieur des bacs n'étaient pas étiquetés individuellement.

Une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) a indiqué que les effets personnels des personnes résidentes n'étaient pas étiquetés individuellement.

La directrice des soins infirmiers a indiqué que tous les effets personnels utilisés doivent être étiquetés individuellement.

Le fait que les effets personnels des personnes résidentes ne soient pas étiquetés à des fins d'usage individuel entraîne le risque que ces effets soient utilisés sur d'autres personnes résidentes, ce qui n'est pas hygiénique et expose les personnes résidentes à un risque d'infection.

Sources : Observations; entrevues avec une PSSP et la directrice des soins infirmiers. [000722]

AVIS ÉCRIT : Planification des menus

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

Non-respect de l'alinéa 77 (1) d) du Règl. de l'Ont. 246/22

Planification des menus

Al. 77 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le cycle de menus du foyer réponde aux critères suivants :

d) il comprend des choix de boissons aux repas et aux collations;

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que les personnes résidentes se voient offrir un choix de boissons à tous les repas.

Justification et résumé

Au cours de l'inspection, il a été observé que les boissons étaient déjà versées dans des gobelets déposés sur les tables des personnes résidentes dans les salles à manger, ainsi que sur les tables de lit en dehors des salles à manger. La situation a été observée à l'intérieur et à l'extérieur de sept des huit salles à manger du foyer. Des personnes résidentes ont été observées dans les salles à manger et déambulant devant les tables de lit installées à l'extérieur des salles à manger.

La ou le gestionnaire des services nutritionnels a indiqué que le foyer avait pour habitude de verser les boissons à l'avance et de les disposer sur les tables et les tables de lit à l'extérieur de la salle à manger avant l'heure du repas. La ou le gestionnaire des soins nutritionnels a indiqué que les personnes résidentes n'avaient pas eu le choix de leur boisson.

Le fait de ne pas offrir aux personnes résidentes le choix de leurs boissons à tous les repas constitue une lacune par rapport à la déclaration des droits des personnes résidentes et peut nuire à l'expérience d'un repas agréable pour les personnes résidentes.

Sources : Observations et entrevue avec la directrice des soins et la ou le gestionnaire des services nutritionnels. [000722]

AVIS ÉCRIT : Préparation alimentaire

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

Non-respect du paragraphe 78 (3) du Règl. de l'Ont. 246/22

Préparation alimentaire

Par. 78 (3) Le titulaire de permis veille à ce que tous les aliments et liquides compris dans le système de préparation alimentaire soient préparés, entreposés et servis au moyen de méthodes qui, à la fois :

- a) préservent le goût, la valeur nutritive, l'apparence et la qualité des aliments;
 - b) empêchent l'adultération, la contamination et les maladies d'origine alimentaire.
- Règl. de l'Ont. 246/22, par. 78 (3)

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les liquides du système de

préparation alimentaire soient entreposés et servis au moyen de méthodes permettant d'en préserver la qualité et d'empêcher leur contamination.

Justification et résumé

Au cours de l'inspection, il a été observé que les boissons étaient déjà versées dans des gobelets déposés sur les tables des personnes résidentes dans les salles à manger, ainsi que sur les tables de lit en dehors des salles à manger, avant le service des repas. La situation a été observée à l'intérieur et à l'extérieur de sept des huit salles à manger du foyer. Des personnes résidentes ont été observées en train de déambuler dans les salles à manger et de passer devant les tables de lit garnies de boissons, avant l'heure du repas.

La ou le gestionnaire des services nutritionnels a indiqué que le foyer avait pour habitude de verser les boissons à l'avance et de les placer sur les tables de la salle à manger et les tables de lit avant l'heure des repas.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que les liquides compris dans le système de production alimentaire soient entreposés et servis au moyen de méthodes permettant d'en préserver la qualité et d'empêcher leur contamination a porté préjudice aux personnes résidentes, en particulier la contamination par d'autres personnes résidentes.

Sources : Observations et entrevue avec la ou le gestionnaire des services nutritionnels. [000722]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les aliments compris dans le système de préparation alimentaire soient entreposés et servis au moyen de méthodes permettant d'en préserver la qualité et d'empêcher leur contamination.

Justification et résumé

Dans une zone du foyer, des barres de dessert et du pouding ont été observés sur un chariot, dans la dépense, non couverts et à température ambiante.

L'aide de cuisine (AC) a indiqué que le foyer n'avait pas pour habitude de couvrir les desserts apportés depuis la cuisine principale jusqu'à la dépense; l'AC a indiqué qu'il n'avait pas relevé la température des desserts.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que les aliments compris dans le système de production alimentaire soient entreposés et servis au moyen de méthodes permettant d'en préserver la qualité et d'empêcher leur contamination a exposé les personnes résidentes à un risque; et nuit à leur expérience d'un repas agréable.

Sources : Observations; entrevue avec l'aide de cuisine. [000722]

AVIS ÉCRIT : Service de restauration et de collation

Problème de conformité n° 019 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de l'alinéa 79 (1) 5 du Règl. de l'Ont. 246/22

Service de restauration et de collation

Par. 79 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer offre un service de restauration et de collation qui comprend au minimum les éléments suivants :

5. Le service de la nourriture et des liquides à une température sécuritaire et acceptable pour les résidents.

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les liquides soient servis à une température à la fois sécuritaire et acceptable pour les personnes résidentes lors du service de restauration et de collation.

Justification et résumé

Lors de l'observation des interactions entre le personnel et les personnes résidentes dans la salle à manger, il a été constaté que le lait, la crème et le lait sans lactose étaient laissés à température ambiante tout au long du service du déjeuner et du dîner, dans sept des huit salles à manger, ainsi que pendant le service des collations dans les zones du foyer. La situation a été observée tout au long de l'inspection.

L'aide de cuisine et la ou le gestionnaire des services nutritionnels ont indiqué ne pas avoir pour habitude de conserver le lait, la crème et le lait sans lactose au froid lors du service de restauration et de collation. La ou le gestionnaire des services nutritionnels a indiqué que le foyer ne disposait pas actuellement d'équipement de restauration collective permettant de conserver le lait, la crème et le lait sans lactose à une température sûre pendant le service de restauration.

Le fait que les produits laitiers, en particulier le lait, la crème et le lait sans lactose, ne soient pas conservés à une température sécuritaire a présenté un risque pour les personnes résidentes, en plus d'avoir potentiellement entraîné des lacunes dans leur expérience d'un repas agréable.

Sources : Observations; entrevues avec l'aide de cuisine et la ou le gestionnaire des services nutritionnels. [000722]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les aliments soient servis à une température à la fois sécuritaire et acceptable pour les personnes résidentes lors du service de restauration et de collation.

Justification et résumé

Lors de l'observation des rapports entre le personnel et les personnes résidentes, dans une zone du foyer, il a été constaté que des barres de dessert et du pouding étaient laissés sur un chariot, dans la dépense, à température ambiante. L'aide de cuisine a indiqué que le foyer n'avait pas pour habitude d'entreposer ou de servir les desserts en veillant à ce qu'ils restent froids. L'aide de cuisine a confirmé que le pouding contenait des produits laitiers.

Le fait que les desserts, en particulier ceux qui contiennent des produits laitiers, ne soient pas conservés à une température sécuritaire a présenté un risque pour les personnes résidentes, en plus d'avoir potentiellement entraîné des lacunes dans leur expérience d'un repas agréable.

Sources : Observations; entrevue avec l'aide de cuisine. [000722]

AVIS ÉCRIT : Entretien ménager

Problème de conformité n° 020 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect du sous-alinéa 93 (2) a) (i) du Règl. de l'Ont. 246/22

Entretien ménager

S.-al. 93 (2) Dans le cadre du programme structuré de services d'entretien ménager prévu à l'alinéa 19 (1) a) de la Loi, le titulaire de permis veille à ce que soient élaborées et mises en œuvre des marches à suivre visant ce qui suit :

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) le nettoyage du foyer, notamment,
(i) les chambres à coucher des résidents, y compris les planchers, les tapis, les meubles, les rideaux de séparation et les surfaces de contact et celles des murs,

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que soient mises en œuvre des marches à suivre visant le nettoyage du foyer, notamment, les chambres à coucher des personnes résidentes, dans le cadre du programme structuré d'entretien ménager du foyer.

Plus précisément, dans le cadre du programme structuré d'entretien ménager, chaque chambre de personne résidente fait l'objet d'un nettoyage en profondeur au moins une fois par an. Ce nettoyage s'ajoute au nettoyage hebdomadaire et permet d'éliminer la poussière et les débris accumulés derrière ou sous les meubles. Les tableaux sont décrochés. Les fenêtres et les guides sont nettoyés. Les cadres de lit sont désinfectés.

Justification et résumé

Le directeur a reçu une plainte concernant les services d'hébergement.

Selon la politique du titulaire de permis relative au nettoyage en profondeur des chambres des personnes résidentes, un nettoyage en profondeur peut être effectué à trois occasions : 1) nettoyage de départ quand une personne résidente quitte le foyer; 2) nettoyage de transfert interne quand une personne résidente passe d'une chambre à une autre à Fairhaven; 3) nettoyage annuel quand une personne résidente a vécu dans sa chambre pendant une période de 12 mois. Les dossiers relatifs au nettoyage en profondeur de trois chambres de personnes résidentes pour l'année 2023 ont été examinés. La ou le gestionnaire des services environnementaux (GSE) a indiqué qu'il n'existait aucun dossier de nettoyage en profondeur des chambres en 2023.

La superviseure ou le superviseur des services environnementaux (SSE), la ou le gestionnaire des services environnementaux (GSE), le superviseur ou la superviseure des services nutritionnels (SSN) et la directrice générale ont reconnu que le nettoyage annuel en profondeur des chambres des personnes résidentes n'était pas entièrement réalisé.

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

La ou le SSE a indiqué que le nettoyage annuel en profondeur des chambres des personnes résidentes avait diminué pendant la pandémie pour des raisons liées à la dotation en personnel, au redéploiement du personnel d'entretien ménager, à la priorité accordée au nettoyage des points de contact et aux mesures de regroupement en cohorte mises en œuvre pendant les épidémies. Selon la ou le SSE, le nettoyage en profondeur des chambres par le personnel d'entretien ménager se concentrait essentiellement sur les nettoyages de départ.

La superviseure ou le superviseur des services nutritionnels (SSN) a indiqué avoir pour responsabilité de superviser les services d'entretien ménager en tant que GSE au cours d'une période donnée. La ou le SSN a indiqué que le nettoyage en profondeur annuel avait peut-être diminué au début de la pandémie. Selon la ou le SSN, les raisons pour lesquelles toutes les chambres n'avaient pas été nettoyées en profondeur étaient les suivantes : les membres du personnel d'entretien ménager affectés au nettoyage en profondeur avaient été redéployés afin d'assurer le nettoyage supplémentaire des points de contact dans les zones touchées par l'épidémie, et il y avait d'autres problèmes de dotation en personnel.

Un risque a été identifié lorsque le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les marches à suivre soient mises en œuvre aux fins du nettoyage du foyer, notamment le nettoyage annuel en profondeur des chambres des personnes résidentes, dans le cadre du programme structuré d'entretien ménager.

Sources : Politique du titulaire de permis intitulée *Deep Cleaning – Resident Rooms* (Nettoyage des chambres en profondeur), le registre du nettoyage des chambres en profondeur en 2024, les feuilles du nettoyage annuel des chambres des personnes résidentes se rapportant à des années données, les feuilles du nettoyage de départ des chambres des personnes résidentes se rapportant à une année donnée, entrevues avec une ou un SSE, une ou un SNS, une ou un GSE et la directrice générale. [704759]

AVIS ÉCRIT : Service de buanderie

Problème de conformité n° 021 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect du sous-alinéa 95 (1) a) (iv) du Règl. de l'Ont. 246/22

Service de buanderie

S.-al. 95 (1) Dans le cadre du programme structuré de services de buanderie prévu à l'alinéa 19 (1) b) de la Loi, le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

a) des marches à suivre qui garantissent ce qui suit sont élaborées et mises en œuvre :

(iv) un processus permettant de signaler et de retrouver les vêtements et les objets personnels perdus des résidents est prévu;

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'une marche à suivre permette de signaler et de retrouver les objets personnels d'une personne résidente.

Justification et résumé

Le titulaire de permis a déposé une plainte auprès du directeur concernant des allégations de mauvais traitements et la disparition d'objets personnels appartenant à une personne résidente. La personne plaignante a été identifiée comme étant le mandataire spécial de la personne résidente.

Le dossier médical de la personne résidente a été examiné. Les objets manquants ont été signalés à une ou un gestionnaire des soins aux résidents. D'après les documents, l'un des biens de la personne résidente avait été retrouvé, mais les autres objets étaient toujours manquants.

La politique intitulée *Loss/Damage to Resident's Clothing* (Perte ou détérioration des vêtements des personnes résidentes) indiquait que le foyer avait établi des marches à suivre pour faire un suivi et intervenir en cas de signalement de perte de vêtements et d'articles divers appartenant aux personnes résidentes, conformément à la législation. La politique indiquait que tout serait mis en œuvre pour retrouver les objets manquants. La politique instruit le personnel infirmier autorisé de consigner les objets manquants dans une note d'évolution, intitulée *Lost*

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

Item Note (Note relative à un objet perdu), et d'envoyer un courriel aux services de buanderie. Le préposé à la buanderie enregistre à son tour l'objet manquant dans la base de données des objets perdus et trouvés. La politique indiquait également que si l'objet manquant n'était pas retrouvé dans le mois, la personne résidente ou le membre de sa famille devaient être informés que l'objet était introuvable.

Les documents examinés n'ont pas permis d'établir que la politique et les marches à suivre du titulaire de permis concernant les objets personnels manquants avaient été respectées.

La ou le gestionnaire des soins aux résidents (GSR) a indiqué qu'il n'avait pas mené d'enquête sur les objets manquants. La ou le GSR a indiqué ne pas avoir suivi la politique du titulaire de permis concernant les objets perdus ou manquants des personnes résidentes.

La directrice générale a indiqué qu'il est attendu que tous les objets manquants appartenant à des personnes résidentes fassent l'objet d'un suivi et qu'une enquête sur la disparition de l'objet soit menée et documentée.

Le fait de ne pas faire de suivi et d'enquête sur les objets personnels manquants appartenant aux personnes résidentes entraîne des lacunes dans les services prévus par la loi et menace potentiellement la sûreté et la sécurité ressenties par une personne résidente.

Sources : Dossier médical de la personne résidente, RIC, enquête du titulaire de permis sur une plainte alléguant de mauvais traitements envers une personne résidente, politique du titulaire de permis intitulée *Loss/Damage to Resident's Clothing* (Perte ou détérioration des vêtements des personnes résidentes) et *Accident-Incident: Resident* (Accident-Incident : personne résidente); et entrevues avec une ou un IAA, une ou un gestionnaire des soins aux résidents, une ou un gestionnaire des services environnementaux et la directrice générale. [000722]

AVIS ÉCRIT : Services d'entretien

Problème de conformité n° 022 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de l'alinéa 96 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Services d'entretien

Al. 96 (1) Dans le cadre du programme structuré de services d'entretien prévu à l'alinéa 19 (1) c) de la Loi, le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

b) des calendriers et des marches à suivre sont prévus en ce qui concerne l'entretien périodique, préventif et correctif.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel respecte les marches à suivre en ce qui concerne l'entretien correctif des rinceurs-désinfecteurs.

Justification et résumé

Lors de l'inspection, les inspectrices ont été informées d'un problème lié au fonctionnement d'un équipement identifié utilisé dans le foyer.

L'inspectrice et les PSSP ont observé le fonctionnement de l'équipement identifié dans un local d'entretien ménager se trouvant dans une zone du foyer.

L'équipement ne semblait pas fonctionner. Les PSSP ont été observées en train de signaler le problème concernant l'équipement au personnel infirmier. D'après les entrevues menées auprès du personnel, le matériel utilisé pour dispenser des soins personnels aux personnes résidentes était nettoyé et désinfecté avec l'équipement en question.

Le lendemain, l'inspectrice, la superviseure ou le superviseur des services environnementaux (SSE) et la ou le gestionnaire des services environnementaux (GSE) ont observé l'équipement identifié. La ou le SSE a indiqué que l'équipement identifié présentait un avertissement d'inactivité et nécessitait l'exécution d'un programme avec une chambre vide avant de pouvoir être utilisé pour nettoyer des objets. La ou le SSE a exécuté le programme requis, ce qui a semblé fonctionner. La ou le SSE a indiqué que l'équipement identifié présentait également un avertissement et nécessitait l'intervention d'un technicien. La ou le GSE a indiqué que l'avertissement d'erreur signifiait que l'équipement devait faire l'objet d'un entretien correctif du désinfecteur.

La ou le GSE a indiqué ne pas avoir connaissance de problèmes concernant le fonctionnement de l'équipement désigné, n'ayant reçu aucun ordre de travail à ce sujet. La ou le GSE a indiqué que le personnel était censé soumettre un bon de travail en cas de problème concernant le fonctionnement d'un équipement. Les IAA ont indiqué que le personnel infirmier était tenu de créer un bon de travail lorsque des problèmes d'équipement étaient signalés. Selon la politique du titulaire de permis, intitulée *Work Orders* (Bons de travail), toutes les demandes de travaux auprès des services environnementaux sont effectuées à l'aide d'un bon de travail.

Un risque a été identifié lorsque les marches à suivre en ce qui concerne l'entretien n'ont pas été respectées par le personnel relativement aux systèmes de rinçage et de désinfection qui nécessitaient un entretien correctif.

Sources : Observations; politique du titulaire de permis intitulée *Work Orders* (Bons de travail); entrevues avec le personnel infirmier, la ou le SSE et la ou le GSE.

[704759]

AVIS ÉCRIT : Avis relatifs aux incidents

Problème de conformité n° 023 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de l'alinéa 104 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Avis : incidents

Al. 104 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le mandataire spécial du résident, s'il y en a un, et toute autre personne que précise le résident :

b) soient avisés dans les 12 heures qui suivent le moment où il prend connaissance de tout autre incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitements ou de négligence envers le résident.

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le mandataire spécial de la personne résidente soit informé des allégations de mauvais traitements envers la personne résidente.

Justification et résumé

Le directeur a reçu une plainte concernant des allégations de mauvais traitements envers une personne résidente.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Le dossier médical de la personne résidente a été examiné. Les documents d'une infirmière auxiliaire autorisée ou un infirmier auxiliaire autorisé (IAA) ont confirmé que les allégations lui avaient été signalées par un membre du personnel de soutien. Le membre du personnel de soutien a indiqué que la personne résidente était visiblement bouleversée lorsqu'elle lui a révélé l'incident. Le dossier médical clinique n'indique pas que le médecin traitant de la personne résidente ait été informé des allégations.

La ou le gestionnaire des soins aux résidents (GSR) et la directrice des soins infirmiers (DSI) ont confirmé que le mandataire spécial de la personne résidente n'avait pas été informé des allégations de mauvais traitements de la part du personnel envers la personne résidente. La DSI a indiqué que l'IAA et/ou le ou la GSR auraient dû informer le mandataire spécial des allégations.

Le fait de ne pas informer le mandataire spécial d'une personne résidente d'allégations de mauvais traitements pose des problèmes de confiance entre la personne résidente et/ou son mandataire spécial et le titulaire de permis, et empêche le mandataire spécial de participer au programme de soins de la personne résidente.

Sources : Dossier médical d'une personne résidente, plainte adressée au directeur; entrevues avec le personnel de soutien, la ou le gestionnaire des soins aux résidents et la directrice des soins infirmiers. [000722]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le mandataire spécial de la personne résidente n° 004, ou un autre tiers désigné par la personne résidente, soit avisé dans les douze heures suivant le moment où le titulaire de permis a été avisé d'un incident présumé de mauvais traitements envers la personne résidente.

Justification et résumé

Le directeur a reçu une plainte concernant des allégations de mauvais traitements envers une personne résidente.

Le dossier médical de la personne résidente a été examiné.
Les infirmières auxiliaires autorisées ou infirmiers auxiliaires autorisés (IAA) ont

indiqué que les allégations de mauvais traitements n'avaient pas été signalées au mandataire spécial de la personne résidente. Une ou un gestionnaire des soins aux résidents (GSR) a indiqué que le personnel infirmier autorisé ou le GCR étaient chargés d'informer le mandataire spécial d'une personne résidente en cas de suspicion de mauvais traitements à l'égard d'une personne résidente.

Le risque de préjudice pour la personne résidente était minime lorsque les exigences en matière de notification n'ont pas été respectées.

Sources : Dossier médical clinique de la personne résidente; entrevues avec la personne résidente, les IAA et une ou un GSR. [704759]

AVIS ÉCRIT : Gestion des plaintes

Problème de non-conformité n° 024 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de l'alinéa 108 (1) 3 du Règl. de l'Ont. 246/22

Traitement des plaintes

Al. 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 :

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.

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la réponse fournie à la personne plaignante, pour chaque plainte écrite ou verbale déposée auprès du titulaire de permis au sujet des soins dispensés à une personne résidente ou des activités du foyer, comprenne ce qui suit :

- le numéro de téléphone sans frais du ministère à composer pour porter plainte au sujet d'un foyer et de ses heures de service;
- les coordonnées de l'ombudsman des patients;

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

-le titulaire de permis était tenu de transmettre immédiatement la plainte au directeur en application de l'alinéa 26 (1) c) de la Loi, et de fournir une confirmation qu'il l'avait fait.

Justification et résumé

Le directeur a été saisi d'un rapport d'incident critique (RIC) et d'une plainte concernant des allégations de mauvais traitements envers des personnes résidentes.

D'après les documents examinés, le mandataire spécial de la personne résidente a déposé des plaintes auprès du titulaire de permis et/ou sa représentante ou son représentant concernant des allégations de mauvais traitements.

La ou le gestionnaire des soins aux résidents (GSR) a confirmé avoir reçu les plaintes écrites, qui alléguaient de mauvais traitements envers la personne résidente. La ou le GSR a confirmé la réception de la plainte identifiée. La ou le GSR a indiqué avoir répondu par écrit à la personne plaignante à l'issue de son enquête.

La réponse du titulaire de permis à la personne plaignante ne comprenait pas le numéro de téléphone sans frais du ministère à composer pour porter plainte au sujet d'un foyer et de ses heures de service; les coordonnées de l'ombudsman des patients; ni l'indication par le titulaire de permis qu'il était tenu de transmettre immédiatement la plainte au directeur en application de l'alinéa 26 (1) c) de la Loi, et de fournir une confirmation qu'il l'avait fait.

La ou le GSR a indiqué connaître la politique du titulaire de permis relative aux plaintes et avoir suivi une formation à ce sujet. La directrice générale a indiqué que tous les gestionnaires étaient censés respecter les exigences législatives relatives au traitement des plaintes, en particulier celles qui portent sur des allégations de mauvais traitements envers une personne résidente.

Le non-respect de la législation relative aux plaintes en lien avec les soins dispensés aux personnes résidentes et le fonctionnement du foyer, en particulier lorsqu'il s'agit d'allégations de mauvais traitements infligés à une personne résidente, entraîne des lacunes dans les services offerts aux personnes résidentes

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

et à leurs mandataires spéciaux.

Sources : Dossier médical clinique d'une personne résidente, RIC, enquête du titulaire de permis, correspondance écrite entre le mandataire spécial de la personne résidente et le titulaire de permis et/ou sa représentante ou son représentant, politiques du titulaire de permis intitulées *Resident and/or Family Concerns Process* (Politique relative au processus de traitement des préoccupations des personnes résidentes et/ou des familles) et *Zero Tolerance of Abuse and Neglect* (Politique visant à promouvoir la tolérance zéro à l'égard des mauvais traitements et de la négligence); entrevues avec la personne résidente, le mandataire spécial de la personne résidente, une ou un IAA, une ou un gestionnaire des soins aux résidents, la directrice des soins infirmiers et la directrice générale. [000722]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la réponse fournie à la personne plaignante, pour chaque plainte écrite ou verbale déposée auprès du titulaire de permis au sujet des soins dispensés à une personne résidente ou des activités du foyer, comprenne ce qui suit :

- le numéro de téléphone sans frais du ministère à composer pour porter plainte au sujet d'un foyer et de ses heures de service;
- les coordonnées de l'ombudsman des patients;
- le titulaire de permis était tenu de transmettre immédiatement la plainte au directeur en application de l'alinéa 26 (1) (c) de la Loi, et de fournir une confirmation qu'il l'avait fait.

Justification et résumé

Le directeur a été saisi d'un rapport d'incident critique (RIC) concernant des allégations de mauvais traitements envers une personne résidente.

Une ou un gestionnaire des soins aux résidents (GSR) a confirmé avoir reçu la plainte et a indiqué avoir envoyé une réponse écrite à la personne plaignante à la suite de son enquête sur les allégations.

La réponse à la personne plaignante ne comprenait pas le numéro de téléphone sans frais du ministère à composer pour porter plainte au sujet d'un foyer et de ses heures de service; les coordonnées de l'ombudsman des patients; ni l'indication par

le titulaire de permis qu'il était tenu de transmettre immédiatement la plainte au directeur en application de l'alinéa 26 (1) (c) de la Loi, et de fournir une confirmation qu'il l'avait fait.

La ou le GSR a indiqué connaître la politique du titulaire de permis relative aux plaintes et avoir suivi une formation à ce sujet. La directrice générale a indiqué que tous les gestionnaires étaient censés respecter les exigences législatives relatives au traitement des plaintes, en particulier celles qui portent sur des allégations de mauvais traitements envers une personne résidente.

Le non-respect de la législation relative aux plaintes en lien avec les soins dispensés aux personnes résidentes et le fonctionnement du foyer, en particulier lorsqu'il s'agit d'allégations de mauvais traitements infligés à une personne résidente, entraîne des lacunes dans les services offerts aux personnes résidentes et à leurs mandataires spéciaux.

Sources : Dossier médical clinique d'une personne résidente, RIC, enquête du titulaire de permis, correspondance écrite entre le mandataire spécial de la personne résidente et le titulaire de permis et/ou sa représentante ou son représentant, politiques du titulaire de permis intitulées *Resident and/or Family Concerns Process* (Politique relative au processus de traitement des préoccupations des personnes résidentes et/ou des familles) et *Zero Tolerance of Abuse and Neglect* (Politique visant à promouvoir la tolérance zéro à l'égard des mauvais traitements et de la négligence); entrevues avec une ou un gestionnaire des soins aux résidents et la directrice générale. [000722]

AVIS ÉCRIT : Exigences supplémentaires, article 26 de la Loi

Problème de conformité n° 025 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect du paragraphe 109 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Exigences supplémentaires : article 26 de la Loi

Par. 109 (1) La plainte que le titulaire de permis est tenu de transmettre immédiatement au directeur en application de l'alinéa 26 (1) c) de la Loi est une plainte alléguant un préjudice ou risque de préjudice, notamment, un préjudice physique à un ou plusieurs résidents.

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

Le titulaire de permis n'a pas transmis immédiatement au directeur une plainte concernant des allégations de mauvais traitements d'ordre physique et verbal envers une personne résidente.

Conformément à l'alinéa 26 (1) c) de la LRSLD, le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée doit transmettre immédiatement au directeur, de la manière énoncée dans les règlements, les plaintes écrites qu'il reçoit concernant les soins fournis à une personne résidente ou l'exploitation d'un foyer.

Justification et résumé

Le titulaire de permis a soumis au directeur un rapport d'incident critique concernant une plainte écrite du mandataire spécial d'une personne résidente portant sur des allégations de mauvais traitements infligés à celle-ci.

La plainte fait état de mauvais traitements infligés par le personnel à la personne résidente. L'enquête du titulaire de permis et le RIC ont permis de déterminer qu'une ou un gestionnaire des soins aux résidents (GSR) a reçu la plainte.

La ou le GSR a confirmé que le directeur n'avait été informé de la plainte que le lendemain.

La directrice générale a indiqué que toutes les plaintes alléguant de mauvais traitements ou un préjudice causé à une personne résidente doivent être immédiatement soumises au directeur.

Le fait de ne pas aviser le directeur de plaintes alléguant un préjudice physique à une ou plusieurs personnes résidentes met celles-ci en danger.

Sources : Dossier médical de la personne résidente, RIC, enquête du titulaire de permis, politiques du titulaire de permis intitulées *Zero Tolerance of Abuse and Neglect* (Politique visant à promouvoir la tolérance zéro à l'égard des mauvais traitements et de la négligence) et *Resident and/or Family Concerns Process* (Politique relative au processus de traitement des préoccupations des personnes résidentes et/ou des familles), statistiques sur la formation des membres du personnel identifiés; entrevues avec une ou GSR, la directrice des soins infirmiers et la directrice générale. [000722]

AVIS ÉCRIT : Administration des médicaments

Problème de conformité n° 026 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect du paragraphe 140 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Administration des médicaments

Par. 140 (2) Le titulaire de permis veille à ce que les médicaments soient administrés aux résidents conformément au mode d'emploi précisé par le prescripteur. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 140 (2)

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un médicament soit administré à une personne résidente conformément au mode d'emploi précisé par le prescripteur.

Justification et résumé

Lors de l'observation des interactions entre le personnel et les personnes résidentes, il a été constaté que des médicaments se trouvaient dans un gobelet à médicaments, sur une table de la salle à manger dans une zone du foyer, devant une personne résidente. D'autres personnes résidentes étaient assises à cette même table. Aucun membre du personnel infirmier, autorisé ou non, n'a été aperçu à proximité, au moment de l'observation.

Le dossier médical de la personne résidente a été examiné. Le dossier médical clinique de la personne résidente ne mentionne pas les instructions du prescripteur, en particulier celles qui concernent le fait de laisser les médicaments identifiés sans surveillance à la portée de la personne résidente.

La directrice des soins infirmiers a indiqué que les médicaments ne devaient pas être laissés sans surveillance avec les personnes résidentes.

Le fait de ne pas administrer les médicaments conformément au mode d'emploi du prescripteur, et en particulier de laisser les médicaments sans surveillance en présence d'une personne résidente, a mis les personnes résidentes en danger.

Sources : Observations; entrevue avec la directrice des soins infirmiers. [000722]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un médicament soit administré à une personne résidente conformément au mode d'emploi précisé par le prescripteur.

Justification et résumé

Lors de l'observation des interactions entre le personnel et les personnes résidentes, il a été constaté que des médicaments se trouvaient dans un gobelet à médicaments, sur une table de la salle à manger dans une zone du foyer, devant une personne résidente. D'autres personnes résidentes étaient assises à cette même table. Aucun membre du personnel infirmier, autorisé ou non, n'a été aperçu à proximité, au moment de l'observation.

Une infirmière auxiliaire autorisée ou un infirmier auxiliaire autorisé (IAA) a indiqué que les médicaments ne devaient pas être laissés sans surveillance en présence des personnes résidentes, mais elle a précisé que, selon elle, la personne résidente avait reçu l'ordre de prendre elle-même ses médicaments.

Le dossier médical de la personne résidente a été examiné. Le dossier médical clinique de la personne résidente ne mentionne pas les instructions du prescripteur, en particulier celles qui concernent le fait de laisser les médicaments identifiés sans surveillance à la portée de la personne résidente.

La directrice des soins infirmiers a indiqué que les médicaments ne devaient pas être laissés sans surveillance avec les personnes résidentes.

Le fait de ne pas administrer les médicaments conformément au mode d'emploi du prescripteur, et en particulier de laisser les médicaments sans surveillance en présence d'une personne résidente, a mis les personnes résidentes en danger.

Sources : Observations; entrevue avec une ou un IAA et la directrice des soins infirmiers. [000722]

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 001 Système de communication et d'intervention

Problème de conformité n° 027 ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

Non-respect du paragraphe 20 e) du Règl. de l'Ont. 246/22

Système de communication bilatérale

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

e) il se trouve dans toute aire à laquelle ont accès les résidents;

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

Plus précisément, le titulaire de permis doit veiller à ce qui suit :

1. Veiller immédiatement à ce que toutes les aires auxquelles ont accès les personnes résidentes, y compris les alcôves des zones du foyer et le café du rez-de-chaussée, soient dotées d'un système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel.

Raisons

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer soit doté d'un système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel dans toutes les aires auxquelles ont accès les personnes résidentes.

Justification et résumé

Dans sept des huit couloirs du foyer, il a été observé que les salons en alcôve n'étaient pas dotés d'un système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel, ni le café situé au rez-de-chaussée. Tout au long de l'inspection, il a été observé que des personnes résidentes se tenaient assises dans ces aires.

Les personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP) ont indiqué que les salons en alcôve étaient utilisés par les personnes résidentes.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

La directrice générale a confirmé que les salons en alcôve, dans toutes les zones du foyer, ainsi que le café au rez-de-chaussée étaient des aires réservées aux personnes résidentes. Elle a également confirmé que ces aires ne disposaient pas d'un système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel à l'usage des personnes résidentes, des membres du personnel et des visiteurs.

Le fait de ne pas veiller à ce que toutes les aires auxquelles ont accès les personnes résidentes soient dotées d'un système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel présente un risque de préjudice pour les personnes résidentes.

Sources : Observations; entrevues avec les PSSP et la directrice générale. [000722]

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 5 juillet 2024

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 002 Observation des instructions du fabricant

Problème de conformité n° 028 Ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

Non-respect de l'article 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 appareils fonctionnels et des aides pour changer de position du foyer conformément aux instructions du fabricant.

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

Plus précisément, le titulaire de permis doit veiller à ce qui suit :

1. Mettre immédiatement hors service les appareils mécaniques de levage/transfert identifiés et demander à un personnel qualifié de les inspecter et de les réparer pour s'assurer qu'ils fonctionnent conformément aux instructions du fabricant. Le titulaire de permis doit veiller à ce qu'un appareil mécanique de levage et de transfert soit mis à la disposition du personnel lorsque les appareils identifiés ne

sont pas en service. L'inspection des appareils de levage identifiés et les réparations effectuées doivent être consignées dans un dossier. Ce document doit être conservé et mis à la disposition de l'inspectrice ou de l'inspecteur sur demande.

2. Inspecter tous les appareils mécaniques de levage et de transfert utilisés pour les soins aux personnes résidentes, afin de s'assurer qu'ils fonctionnent conformément aux instructions du fabricant. L'inspection doit être consignée dans un dossier, notamment la date de l'inspection, le nom et le numéro d'identification de l'appareil de levage, la personne qui a inspecté l'appareil de levage mécanique, le résultat de l'inspection et toute réparation effectuée à la suite de l'inspection. Ce document doit être conservé et mis à la disposition de l'inspectrice ou de l'inspecteur sur demande.

3. La ou le gestionnaire des services environnementaux, en collaboration avec la directrice des soins infirmiers, doit élaborer et mettre en œuvre une marche à suivre permettant à l'ensemble du personnel infirmier de signaler le matériel, en particulier les appareils mécaniques de levage et de transfert utilisés pour les soins aux personnes résidentes, qui ne fonctionnent pas conformément aux instructions du fabricant. Ce processus doit être communiqué à l'ensemble du personnel infirmier. Les documents relatifs au processus et à la communication doivent être conservés et mis à la disposition de l'inspectrice ou de l'inspecteur sur demande.

4. Effectuer des vérifications quotidiennes des formulaires de vérification *Mechanical Safety Check* (Contrôle de la sécurité mécanique) du titulaire de permis pour s'assurer que le personnel a effectué les contrôles de sécurité à l'égard des appareils mécaniques de levage et de transfert, que l'équipement fonctionne conformément aux instructions du fabricant et que, si une défaillance a été décelée, un « bon de travail » a été rempli et transmis au service d'entretien à des fins de mesure corrective. Les vérifications doivent être effectuées quotidiennement par les superviseurs des soins aux résidents, les gestionnaires des soins aux résidents, la ou le gestionnaire de la PCI, l'éducatrice ou l'éducateur, la directrice des soins infirmiers et/ou tout autre membre de la direction désigné; elles doivent être approuvées chaque semaine par la ou le gestionnaire des services environnementaux ou sa représentante ou son représentant. Les vérifications doivent inclure la date, le nom et le titre de la personne qui effectue la vérification, et indiquer toute mesure corrective prise dans l'éventualité où une défaillance aurait été relevée. Les vérifications doivent commencer dès réception du rapport d'inspection et se poursuivre jusqu'à ce que cet ordre de conformité soit respecté. Les documents

relatifs aux audits doivent être conservés et mis à la disposition de l'inspectrice ou de l'inspecteur sur demande.

Raisons

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le matériel utilisé dans le foyer, en particulier les lève-personnes, ainsi que les appareils de transfert et de positionnement des personnes résidentes, soient utilisés conformément aux instructions du fabricant.

Justification et résumé

Lors de l'inspection d'un ordre de conformité donné au titulaire de permis, en vertu de l'article 36 du Règl. de l'Ont. 79/10, « Techniques de transfert et de changement de position », les formulaires de vérification du titulaire de permis *Mechanical Safety Check* (Contrôle de la sécurité mécanique) ont été examinés.

Selon la directrice des soins infirmiers, les formulaires *Mechanical Safety Check* (Contrôle de la sécurité mécanique) ont été mis en œuvre par le titulaire de permis conformément à la condition n° 5 de l'ordre de conformité. Les entrevues menées auprès de plusieurs personnes préposées aux services de soutien personnel, du personnel infirmier autorisé, d'une superviseure ou d'un superviseur des soins aux résidents (SSR) et de la directrice des soins infirmiers ont montré que les formulaires *Mechanical Safety Check* (Contrôle de la sécurité mécanique) devaient être remplis quotidiennement par le personnel infirmier afin de démontrer que les appareils de levage mécaniques étaient vérifiés chaque jour et qu'ils pouvaient être utilisés en toute sécurité pour transférer, soulever et positionner les personnes résidentes.

L'examen a permis d'identifier ce qui suit :

-un appareil de levage/transfert mécanique identifié – dans une zone du foyer – le formulaire de vérification quotidienne *Mechanical Safety Check* (Contrôle de la sécurité mécanique) indiquait que le panneau de commande de l'appareil de levage/transfert mécanique ne fonctionnait pas et que la batterie de l'appareil ne se rechargeait pas.

-un appareil de levage/transfert mécanique identifié – dans une zone du foyer – le formulaire de vérification quotidienne *Mechanical Safety Check* (Contrôle de la

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

sécurité mécanique) indiquait que le chargeur de la batterie de l'appareil de levage/transfert mécanique n'était pas en bon état et que la batterie de l'appareil ne se rechargeait pas.

Le mode d'emploi de l'appareil de levage/transfert indique que l'appareil ne doit être utilisé que de la manière décrite dans le manuel, et que l'installation de pièces, une utilisation et un entretien inadéquats peuvent entraîner des blessures graves. Le mode d'emploi précise que si une inspection révèle des problèmes, l'appareil doit être immédiatement mis hors service. L'appareil doit rester hors service jusqu'à ce qu'il soit réparé par un personnel qualifié.

Les personnes préposées aux services de soutien à la personne (PSSP), une infirmière auxiliaire autorisée ou un infirmier auxiliaire autorisé (IAA) et une superviseure ou un superviseur des soins aux résidents (SSR) ont confirmé qu'ils savaient que le titulaire de permis avait mis en place un processus pour signaler la nécessité de réparer le matériel, le cas échéant. Les PSSP ont indiqué que les appareils de levage/transfert identifiés dans leur zone de foyer ne fonctionnaient pas correctement depuis plusieurs mois. Les deux PSSP ont indiqué que le personnel infirmier autorisé avait été informé que les appareils mécaniques de levage/transfert devaient être réparés.

La ou le gestionnaire des services environnementaux (GSE) a indiqué qu'il n'était pas au courant que les deux appareils de levage/transfert avaient été identifiés par le personnel infirmier comme devant être réparés. La ou le GSE a indiqué ne pas avoir été informé des réparations nécessaires, pas plus que le personnel chargé de l'entretien. La ou le GSE a indiqué que les deux appareils de levage/transfert auraient dû être mis hors service et ne pas être utilisés jusqu'à ce qu'ils soient inspectés par un personnel qualifié.

Le fait de ne pas s'assurer que le matériel, en particulier les appareils mécaniques de levage et de transfert, soit utilisé conformément aux instructions du fabricant présente un risque pour les personnes résidentes.

Sources : Mode d'emploi de l'appareil de levage/transfert, formulaires de vérification quotidienne relatifs au contrôle de la sécurité mécanique dans les zones du foyer, politiques du titulaire de licence intitulées *Work Orders* (Bons de travail) et *Repair Protocols* (Protocoles de réparation); entrevues avec les PSSP, les IAA, une superviseure ou un superviseur des soins aux résidents, la directrice des soins

infirmiers et la ou le gestionnaire des services environnementaux. [000722]

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 5 juillet 2024

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 003 Programme de soins provisoire élaboré dans les 24 heures d'une admission

Problème de conformité n° 029 Ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

Non-respect de l'alinéa 27 (2) 1 du Règl. de l'Ont. 246/22

Programme de soins provisoire élaboré dans les 24 heures d'une admission

Al. 27 (2) Le programme de soins provisoire doit identifier le résident et doit comprendre au minimum les renseignements suivants à son sujet :

1. Les risques qu'il peut courir, notamment les risques de chute, ainsi que les interventions nécessaires pour les atténuer.

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

Plus précisément, le titulaire de permis doit veiller à ce qui suit :

1. La directrice des soins infirmiers, en collaboration avec la diététiste professionnelle ou le diététiste professionnel et le personnel infirmier agréé, doit réexaminer et réviser le programme de soins de la personne résidente identifiée en s'assurant que le plan énonce tout risque que la personne résidente présente pour elle-même, en particulier à l'heure des repas et des collations. Les mesures d'intervention recommandées par les évaluations de l'orthophoniste doivent être réexaminées et, le cas échéant, mises en œuvre dans le cadre des soins prodigués à la personne résidente. Le réexamen et la révision du programme de soins doivent être achevés dans un délai d'une semaine à compter de la réception du présent rapport d'inspection. Les documents relatifs au réexamen et à la révision doivent être conservés et mis à la disposition de l'inspectrice ou de l'inspecteur sur demande.

2. La directrice des soins infirmiers, ou sa représentante ou son représentant, doit s'assurer que le programme de soins révisé pour la personne résidente identifiée a été communiqué à l'ensemble du personnel de soins directs qui travaille dans la zone du foyer où vit la personne résidente et que le programme est accessible à

tout moment pour que le personnel puisse le consulter. Les documents relatifs à la communication doivent être conservés et mis à la disposition de l'inspectrice ou de l'inspecteur sur demande.

3. La directrice des soins infirmiers, en collaboration avec la diététiste professionnelle ou le diététiste professionnel, doit élaborer et mettre en œuvre un processus écrit pour s'assurer que le personnel de soins directs est au courant des personnes résidentes qui présentent un risque pour elles-mêmes, en particulier un risque d'étouffement et/ou d'aspiration. Le document doit être communiqué à l'ensemble du personnel de soins directs. Les documents relatifs au processus et à la communication avec le personnel, y compris la date et la plateforme utilisée aux fins de la communication, doivent être conservés et mis à la disposition de l'inspectrice ou de l'inspecteur sur demande.

Raisons

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins provisoire élaboré dans les 24 heures d'une admission, pour une personne résidente présentant un risque pour elle-même, ait été élaboré et comprenne des mesures d'intervention visant à atténuer ces risques, et à ce que ces mesures d'intervention aient été communiquées au personnel de soins directs.

Justification et résumé

Le titulaire de permis a soumis au directeur un rapport d'incident critique (RIC) concernant un incident ayant causé des blessures à une personne résidente.

Selon les documents, la personne résidente a été admise dans le foyer de soins de longue durée après avoir été transférée d'un établissement de soins actifs, quelques jours avant le RIC. Les documents examinés sont notamment les évaluations réalisées dans l'établissement de soins actifs, en particulier les rapports d'orthophonie.

Le programme de soins provisoire élaboré dans les 24 heures d'une admission n'indiquait pas que la personne résidente avait été évaluée comme présentant un risque de préjudice lors du service de restauration et de collation.

Les personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP) et le personnel

infirmier autorisé qui ont travaillé après l'admission de la personne résidente et pendant la période précédant le RIC ont indiqué qu'ils n'avaient pas été informés des risques encourus par la personne résidente lors du service de restauration et de collation, ni des mesures d'intervention à prendre. Tous les membres du personnel interrogés ont confirmé que le programme de soins provisoire élaboré dans les 24 heures d'une admission n'incluait pas toutes les mesures d'intervention décrites dans les recommandations et le plan de l'orthophoniste.

Le fait de ne pas s'être assuré que le programme de soins provisoire élaboré dans les 24 heures d'une admission d'une personne résidente qui présentait un risque pour elle-même comprenait des mesures d'intervention visant à atténuer ces risques et que ces mesures d'intervention, préconisées par l'orthophoniste, avaient été communiquées au personnel des soins directs, a contribué au préjudice subi par une personne résidente.

Sources : RIC, dossier médical clinique de la personne résidente; entrevues avec les PSSP, le personnel infirmier autorisé et la directrice des soins infirmiers. [000722]

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 5 juillet 2024

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 004 Substances dangereuses

Problème de conformité n° 030 Ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

Non-respect de l'article 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.

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

Plus précisément, le titulaire de permis doit veiller à ce qui suit :

1. Veiller immédiatement à ce que tous les chariots d'entretien ménager et autres emplacements où sont stockés des produits chimiques dangereux puissent être mis sous clé et le demeurer, en l'absence du personnel.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

2. La ou le gestionnaire des services environnementaux, ou sa représentante ou son représentant, doit élaborer et mettre en œuvre un processus visant à garantir que tous les membres du personnel d'entretien ménager disposent d'un jeu de clés pour les chariots d'entretien ménager qui leur sont attribués lorsqu'ils sont en service, et que les clés soient restituées à la fin de leur journée de travail. Ce processus doit être documenté et communiqué à tous les membres du personnel d'entretien ménager. Le processus et la communication doivent être consignés, notamment la date à laquelle le processus a été communiqué aux membres du personnel d'entretien ménager. Les documents relatifs au processus et à la communication doivent être conservés et mis à la disposition de l'inspectrice ou de l'inspecteur sur demande.

3. La ou le gestionnaire des services environnementaux, ou sa représentante ou son représentant, communiquera à l'ensemble du personnel d'entretien ménager et aux autres membres du personnel qui travaillent avec des substances dangereuses dans le cadre de leurs fonctions, qui manipulent de telles substances ou y ont accès, l'importance de veiller à ce que les substances dangereuses restent hors de portée des personnes résidentes. La communication doit, notamment, s'assurer que les chariots d'entretien ménager et les autres endroits où sont stockées des substances dangereuses sont verrouillés en l'absence du personnel. La communication au personnel doit être documentée et inclure la date à laquelle elle a été faite, et auprès de quels membres du personnel. Les documents relatifs à la communication avec le personnel doivent être conservés et mis à la disposition de l'inspectrice ou de l'inspecteur sur demande.

4. Effectuer des vérifications quotidiennes, pendant quatre semaines, pour s'assurer que les chariots d'entretien ménager et tous les autres endroits où sont stockées des substances dangereuses sont verrouillés en l'absence du personnel; la vérification doit notamment consister à s'assurer que les membres du personnel d'entretien ménager ont sur eux les clés permettant de verrouiller le chariot d'entretien ménager qui leur est attribué. Les vérifications doivent inclure la date, le nom et le titre du vérificateur ainsi que toute mesure corrective prise en cas de manquement. Le vérificateur doit être la ou le gestionnaire des services environnementaux ou un autre responsable désigné. Les documents relatifs aux audits doivent être conservés et mis à la disposition de l'inspectrice ou de l'inspecteur sur demande.

Raisons

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que toutes les substances dangereuses présentes dans le foyer soient gardées hors de la portée des personnes résidentes.

Justification et résumé

Un chariot d'entretien ménager a été observé dans une zone du foyer sans surveillance et non verrouillé. Il a été constaté que le chariot d'entretien ménager contenait des substances dangereuses.

Les fiches signalétiques des substances dangereuses indiquaient que les substances étaient classées comme potentiellement dangereuses en cas d'ingestion accidentelle et/ou de contact avec la peau et/ou les yeux sans le port d'un équipement de protection individuelle.

Un membre du personnel d'entretien ménager a indiqué savoir que le chariot d'entretien ménager devait être verrouillé en l'absence du personnel. Les membres du personnel d'entretien ménager ont confirmé que les chariots pouvaient être verrouillés, mais ont indiqué qu'il n'y avait pas de clés permettant de le faire. Un membre du personnel d'entretien ménager a indiqué que les clés des chariots n'étaient pas disponibles depuis un certain temps.

La ou le gestionnaire des services environnementaux (GSE) a confirmé que le personnel ne devait pas laisser les chariots d'entretien ménager sans surveillance. La ou le GSE a indiqué ignorer que les membres du personnel d'entretien ménager ne disposaient pas de clés pour verrouiller les chariots.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que les substances dangereuses soient gardées hors de la portée des personnes résidentes a entraîné un préjudice potentiel pour celles-ci, notamment en cas d'ingestion accidentelle et/ou de contact avec la peau et les yeux.

Sources : Observations, examen des fiches signalétiques; entrevues avec les membres du personnel d'entretien ménager et la ou le gestionnaire des services environnementaux. [000722]

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 5 juillet 2024

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 005 Plans de mesures d'urgence

Problème de conformité n° 031 Ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

Non-respect du paragraphe 268 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Plans de mesures d'urgence

Par. 268 (1) Le présent article s'applique aux plans de mesures d'urgence exigés au paragraphe 90 (1) de la Loi.

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

Plus précisément, le titulaire de permis doit veiller à ce qui suit :

1. La directrice des soins infirmiers doit élaborer et mettre en œuvre un processus visant à garantir que l'équipement de secours, en particulier les aspirateurs de mucosités, les concentrateurs d'oxygène et/ou les bouteilles d'oxygène, ainsi que les fournitures connexes requises pour utiliser cet équipement, sont mis en place et/ou facilement accessibles en cas d'urgence. Les documents relatifs au processus doivent être conservés et mis à la disposition de l'inspectrice ou de l'inspecteur sur demande.
2. La directrice des soins infirmiers doit communiquer à tous les membres du personnel qui doivent les utiliser, ou y avoir accès, l'emplacement de l'équipement de secours et des fournitures connexes. Les documents relatifs à la communication doivent être conservés et mis à la disposition de l'inspectrice ou de l'inspecteur sur demande.
3. Effectuer des vérifications deux fois par semaine, pendant quatre semaines, puis une fois par semaine par la suite, pour s'assurer que l'équipement de secours, en particulier les aspirateurs de mucosités, les concentrateurs d'oxygène et/ou les bouteilles d'oxygène, ainsi que les fournitures connexes, sont mis en place et facilement accessibles. Les vérifications doivent être effectuées par les superviseurs ou les gestionnaires des soins aux résidents. Toutes les vérifications doivent être examinées et approuvées par la directrice des soins infirmiers. Les vérifications doivent inclure la date, le nom et le titre du vérificateur ainsi que toute mesure corrective prise dans l'éventualité où un manquement aurait été relevé. 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 (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

documents relatifs aux audits doivent être conservés et mis à la disposition de l'inspectrice ou de l'inspecteur sur demande.

Raisons

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les équipements indispensables aux interventions d'urgence soient facilement accessibles.

En vertu du paragraphe 90 (1) de la LRSLD (2021), le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée doit veiller à ce que soient mis en place à l'égard du foyer des plans de mesures d'urgence conformes aux règlements.

En vertu de l'alinéa 268 (4) 1 du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis doit veiller à ce que les plans d'urgence prévoient la façon de faire face aux situations d'urgence, y compris, sans s'y limiter, les urgences médicales.

Justification et résumé

Le titulaire de permis a soumis au directeur un rapport d'incident critique (RIC) concernant un incident ayant causé des blessures à une personne résidente.

Le dossier médical de la personne résidente, le RIC et les politiques du titulaire de permis *Code Blue-Medical Emergency* (Code bleu – urgence médicale) et *Suction* (Aspiration) ont été examinés.

Une infirmière auxiliaire autorisée ou un infirmier auxiliaire autorisé (IAA) et une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) ont confirmé que la personne résidente prenait son repas lorsqu'un incident s'est produit, obligeant le personnel à entreprendre des mesures d'intervention de secours et de sauvetage. Les IAA et une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé (IA) ont indiqué que les fournitures de l'équipement de secours et les fournitures nécessaires pour faire fonctionner les machines d'aspiration et d'oxygène n'étaient pas disponibles immédiatement pour utilisation pendant l'urgence médicale de type code bleu. Les IAA et l'IA ont indiqué avoir dû se hâter dans une autre zone du foyer pour se procurer les fournitures nécessaires, ce qui a retardé le délai d'intervention et les mesures d'intervention jugées nécessaires pour prendre en charge la personne résidente.

La directrice des soins infirmiers a confirmé que l'équipement de secours devait

être disponible immédiatement pour utilisation par le personnel requis.
Le fait que le personnel ne dispose pas d'un équipement de secours disponible immédiatement pour utilisation a retardé les mesures d'urgence et présenté un risque de préjudice pour la personne résidente.

Sources : Dossier médical de la personne résidente, RIC, politiques du titulaire de permis, *Code Blue-Medical Emergency* (Code bleu – urgence médicale) et *Suction* (Aspiration); et entrevues avec les personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP), le personnel infirmier autorisé et la directrice des soins infirmiers. [000722]

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 5 juillet 2024

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 006 Plans de mesures d'urgence

Problème de conformité n° 032 Ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

Non-respect du paragraphe 268 (14) du Règl. de l'Ont. 246/22

Plans de mesures d'urgence

Par. 268 (14) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le personnel, les bénévoles et les étudiants reçoivent une formation sur les plans de mesures d'urgence :

- a) avant d'assumer leurs responsabilités;
- b) au moins une fois par année par la suite.

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

Plus précisément, le titulaire de permis doit veiller à ce qui suit :

1. La coordonnatrice ou le coordonnateur des communications et des services de technologie de l'information doit former tous les membres du personnel appelés à porter ou à utiliser des téléphones portables et des téléphones de bureau à leur utilisation et à leur fonctionnement, y compris, mais sans s'y limiter, aux mesures à prendre pour contacter l'infirmière auxiliaire autorisée de la zone du foyer, l'infirmière responsable-infirmière autorisée, à la communication par haut-parleurs à « toutes les zones » et aux appels au 911 ou aux services médicaux d'urgence. La

formation doit être documentée, y compris la date, le nom du personnel et son rôle désigné, ainsi que le nom de la personne chargée de la formation. Les documents relatifs à la formation doivent être conservés et mis à la disposition de l'inspectrice ou de l'inspecteur sur demande.

2. Examiner et réviser tous les plans et politiques d'urgence, la politique du titulaire de permis intitulée *Paging-Overhead Communication* (Communication par haut-parleurs), et toutes les autres politiques qui font référence à l'utilisation des téléphones portables et des téléphones de bureau, comme moyen de communication interne ou externe, pour faire face à une situation d'urgence. Les politiques et les plans doivent être concis, clairs et faciles à suivre par le personnel. Les documents relatifs au réexamen et à la révision doivent être conservés et mis à la disposition de l'inspectrice ou de l'inspecteur sur demande.

3. Les révisions apportées à la politique *Paging-Overhead Communication* (Communication par haut-parleurs) et aux plans d'urgence doivent être communiquées à l'ensemble du personnel. Les documents relatifs à la communication doivent être conservés, notamment la date de la communication et la plateforme utilisée pour communiquer la version révisée de la politique et des plans d'urgence. Les documents doivent être mis à la disposition de l'inspectrice ou de l'inspecteur sur demande.

4. Effectuer des vérifications quotidiennes, pendant quatre semaines, pour s'assurer que le personnel infirmier autorisé et non autorisé ainsi que le personnel de soutien savent et peuvent démontrer comment utiliser les téléphones portables et les téléphones de bureau pour obtenir de l'aide à l'interne et à l'externe, et qu'ils sont en mesure de communiquer par haut-parleurs en cas d'urgence. Les vérifications doivent être effectuées par la direction. Les vérifications doivent inclure la date, le nom et le titre des membres du personnel visés par la vérification ainsi que toute mesure corrective prise dans l'éventualité où un manquement aurait été relevé. Les documents relatifs aux audits doivent être conservés et mis à la disposition de l'inspectrice ou de l'inspecteur sur demande.

Raisons

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les membres du personnel soient formés aux plans d'urgence, en particulier la communication en cas d'urgence, avant leur entrée en fonction et au moins une fois par an par la suite.

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

En vertu du paragraphe 90 (1) de la LRSLD (2021), le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée doit veiller à ce que soient mis en place à l'égard du foyer des plans de mesures d'urgence conformes aux règlements, notamment des mesures permettant de faire face à des situations d'urgence.

Conformément au paragraphe 268 (15) du Règl. de l'Ont. 246/22, « situation d'urgence » s'entend d'une situation ou condition urgente ou pressante qui présente une menace imminente pour la santé ou le bien-être des résidents et des autres personnes se trouvant au foyer et qui nécessite la prise de mesures immédiates pour assurer la sécurité des personnes au foyer.

Justification et résumé

Le titulaire de permis a soumis au directeur un rapport d'incident critique concernant un incident ayant causé des blessures à une personne résidente.

Les documents relatifs à l'incident ont été examinés. Une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) et une infirmière auxiliaire autorisée ou un infirmier auxiliaire autorisé (IAA) ont fourni des détails sur l'incident et les mesures d'intervention effectuées.

La PSSP a indiqué avoir continué à mettre en œuvre les mesures d'intervention auprès de la personne résidente, tout en essayant de joindre l'infirmière responsable-infirmière autorisée (IA) à l'aide de son téléphone portable professionnel pour demander de l'aide. La PSSP a indiqué avoir eu des difficultés à joindre l'infirmière autorisée, car elle ne savait pas comment fonctionnait le téléphone portable professionnel.

Une infirmière ou un infirmier responsable-IA a indiqué être arrivé sur les lieux et avoir tenté d'obtenir l'aide d'autres membres du personnel pour résoudre l'incident impliquant la personne résidente, mais elle ne savait pas comment utiliser le téléphone portable professionnel, et son appel à l'aide par haut-parleurs n'a pas abouti comme prévu.

Les personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP) et les membres du personnel infirmier autorisé, qui étaient présents lors de l'incident, ont indiqué

que les téléphones portables étaient un moyen de communiquer avec les autres membres du personnel pendant les heures de travail et qu'ils étaient utilisés pour demander de l'aide en cas d'urgence. Toutes les personnes interrogées ont indiqué qu'elles n'avaient pas reçu de formation concernant l'utilisation du système téléphonique portable, bien que le nouveau système téléphonique soit en service depuis la fin de l'année 2023.

La coordonnatrice ou le coordonnateur des communications et des services de technologie de l'information a confirmé que le système téléphonique portable était « nouveau » pour le foyer et qu'il avait été mis en service en novembre 2023. La coordonnatrice ou le coordonnateur des communications et des services de technologie de l'information a confirmé que tout le personnel n'avait pas été formé à l'utilisation du nouveau système téléphonique. La coordonnatrice ou le coordonnateur des communications et des services de technologie de l'information n'a pas été en mesure de fournir des informations sur la formation du personnel à l'utilisation du système téléphonique.

La directrice générale a confirmé que le personnel utilisait le système téléphonique portable dans le cadre du système de communication bilatérale du titulaire de permis, indiquant qu'il s'agissait d'un outil essentiel pour communiquer dans une situation d'urgence. La directrice générale a indiqué que la formation du personnel à l'utilisation du nouveau système téléphonique aurait dû avoir lieu avant l'entrée en vigueur du système et elle a confirmé que tout le personnel avait été formé à l'utilisation du système.

Le fait que l'ensemble du personnel n'ait pas été formé aux plans d'urgence, en particulier aux mesures permettant de faire face à des situations d'urgence, avant de prendre ses fonctions, a retardé l'intervention lors d'un incident impliquant une personne résidente.

Sources : Dossier médical d'une personne résidente, RIC, politiques du titulaire de permis, *Paging-Overhead Communication* (Communication par haut-parleurs), *Code Blue-Medical Emergency* (Code bleu – urgence médicale); entrevues avec le personnel de soutien, le personnel infirmier, la coordonnatrice ou le coordonnateur des communications et des services de technologie de l'information, la directrice des soins infirmiers et la directrice générale. [000722]

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 5 juillet 2024

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 007 Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

Problème de conformité n° 033 Ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

Non-respect de l'alinéa 28 (1) 2 de la LRSLD (2021)

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

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

Plus précisément, le titulaire de permis doit veiller à ce qui suit :

1. Former à nouveau les personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP), les infirmières auxiliaires autorisées ou infirmiers auxiliaires autorisés (IAA), l'infirmière autorisée ou infirmier autorisé (IA) et les gestionnaires des soins aux résidents en ce qui concerne la définition de « mauvais traitements ». Conserver une trace écrite de cette formation, y compris la date, le nom et le titre des personnes formées et des personnes assurant la formation. La documentation doit être conservée et mise à la disposition de l'inspectrice ou de l'inspecteur sur demande.

2. Former à nouveau le personnel infirmier autorisé et les gestionnaires des soins aux résidents à la politique du titulaire de permis visant à promouvoir la tolérance zéro à l'égard des mauvais traitements. La formation doit inclure, sans s'y limiter, leurs rôles et responsabilités quant au signalement d'un incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitements. Conserver une trace écrite de la formation, y compris la date, le nom et le titre des personnes formées et des personnes assurant la formation. La documentation doit être conservée et mise à la disposition de l'inspectrice ou de l'inspecteur sur demande.

3. Effectuer des vérifications quotidiennes en cas de signalement d'un incident 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 (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

mauvais traitements, pendant quatre semaines, pour veiller à respecter la politique du titulaire de permis visant à promouvoir la tolérance zéro à l'égard des mauvais traitements. Les vérifications doivent être effectuées par la directrice des soins infirmiers et/ou la directrice générale. Les vérifications doivent inclure la date, le nom et le titre du vérificateur ainsi que toute mesure corrective prise si un manquement a été décelé. Les documents relatifs aux audits doivent être conservés et mis à la disposition de l'inspectrice ou de l'inspecteur sur demande.

Raisons

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des allégations de mauvais traitements de la part du personnel envers une personne résidente soient immédiatement signalées au directeur.

Conformément au paragraphe 2 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22, les définitions qui suivent s'appliquent dans le cadre de la définition de « mauvais traitements » au paragraphe 2 (1) de la Loi.

« mauvais traitements d'ordre affectif » S'entend, selon le cas : de gestes, actes, comportements ou remarques menaçants, insultants, intimidants ou humiliants et, notamment, de l'isolement social forcé, de l'ostracisme, du délaissement, du manque de reconnaissance ou de l'infantilisation de la part d'une personne autre qu'un résident;

« mauvais traitements d'ordre sexuel » S'entend : sous réserve du paragraphe (3), soit d'attouchements, de comportements ou de remarques de nature sexuelle, consensuels ou non, ou d'une exploitation sexuelle dont un résident est victime de la part d'un titulaire de permis ou d'un membre du personnel;

Justification et résumé

Le directeur a reçu une plainte concernant un incident présumé de mauvais traitements de la part d'un membre du personnel envers une personne résidente.

D'après les documents, une personne résidente a révélé à un membre du personnel de soutien qu'elle aurait subi de mauvais traitements de la part du personnel. Les documents indiquent que le personnel de soutien a fait part des allégations à une infirmière auxiliaire autorisée ou un infirmier auxiliaire autorisé (IAA).

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

Une ou un gestionnaire des soins aux résidents (GSR) a indiqué être au courant des allégations de mauvais traitements; le ou la GSR a indiqué en avoir été avisé par une ou un IAA.

La ou le GSR a indiqué que le directeur n'avait pas été informé des allégations de mauvais traitements.

Le fait de ne pas informer le directeur d'un incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitements entraîne des retards dans les inspections du ministère concernant les incidents de mauvais traitements envers les personnes résidentes.

Sources : Dossier médical de la personne résidente, plainte adressée au directeur; entrevues avec le personnel de soutien, une ou un GSR et la directrice des soins infirmiers. [000722]

2. Le titulaire de permis n'a pas signalé immédiatement au directeur des allégations d'exploitation financière envers une personne résidente.

En vertu du par. 2 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22, pour l'application de la définition de « mauvais traitement » au par. 2 (1) de la Loi, « exploitation financière » s'entend du détournement ou de la mauvaise utilisation de l'argent ou des biens d'un résident.

Justification et résumé

Le directeur a reçu une plainte concernant des allégations de mauvais traitements. La personne plaignante a indiqué que ce n'était pas la première fois qu'il se produisait un événement de cette nature. Elle a indiqué qu'il avait écrit au gestionnaire des soins aux résidents pour lui faire part des mauvais traitements présumés.

Le dossier médical de la personne résidente et le document intitulé *Complaint Log* (Registre des plaintes) du titulaire de permis ont été examinés. L'examen a permis de constater que des plaintes avaient été déposées auprès du titulaire de permis et/ou de sa représentante ou son représentant, à des dates précises, concernant des allégations de mauvais traitements infligés à des personnes résidentes. L'examen n'a pas permis de déterminer si le directeur avait été informé des mauvais traitements présumés à l'égard de la personne résidente.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Une ou un gestionnaire des soins aux résidents a confirmé que le directeur n'avait pas été informé de l'incident. La directrice générale a indiqué que les mauvais traitements auraient dû être signalés au directeur.

Le fait de ne pas signaler les allégations de mauvais traitements au directeur peut retarder les enquêtes et/ou les inspections du ministère des Soins de longue durée.

Sources : Dossier médical clinique de la personne résidente, *Complaint Log* (Registre des plaintes) du titulaire de permis, politiques du titulaire de permis intitulées *Resident and/or Family Concerns Process* (Politique relative au processus de traitement des préoccupations des personnes résidentes et/ou des familles) et *Zero Tolerance of Abuse and Neglect* (Politique visant à promouvoir la tolérance zéro à l'égard des mauvais traitements et de la négligence); entrevues avec la personne résidente, le mandataire spécial de la personne résidente, une ou un gestionnaire des soins aux résidents, la directrice des soins infirmiers et la directrice générale.
[000722]

3. Le titulaire de permis n'a pas signalé immédiatement au directeur des allégations d'exploitation financière envers une personne résidente.

En vertu du par. 2 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22, pour l'application de la définition de « mauvais traitement » au par. 2 (1) de la Loi, « exploitation financière » s'entend du détournement ou de la mauvaise utilisation de l'argent ou des biens d'un résident.

Justification et résumé

Le titulaire de permis a soumis au directeur un incident critique concernant des allégations de mauvais traitements envers une personne résidente.

D'après les documents examinés, une infirmière auxiliaire autorisée ou un infirmier auxiliaire autorisé (IAA) et une infirmière ou un infirmier auxiliaire stagiaire étaient au courant de l'incident présumé un jour avant le RIC, et une infirmière autorisée (IA) était au courant des allégations plus tard à la même date.

Aucun document n'indique que le personnel infirmier autorisé ou d'autres personnes aient immédiatement signalé les allégations de mauvais traitements au directeur.

La ou le gestionnaire des soins aux résidents (GSR) a confirmé que les mauvais traitements présumés n'avaient pas été immédiatement signalés au directeur.

La directrice générale a confirmé que les allégations auraient dû être immédiatement signalées au directeur.

Le fait de ne pas signaler immédiatement les allégations de mauvais traitements au directeur peut retarder l'enquête et/ou les inspections du ministère des Soins de longue durée. Le fait de ne pas signaler les allégations de mauvais traitements envers des personnes résidentes entraîne des lacunes dans le programme et les politiques du titulaire de permis visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements.

Sources : Dossier clinique d'une personne résidente, RIC, enquête du titulaire de permis, correspondance écrite entre le mandataire spécial de la personne résidente et le titulaire de permis et/ou sa représentante ou son représentant, politiques du titulaire de permis intitulées *Resident and/or Family Concerns Process* (Politique relative au processus de traitement des préoccupations des personnes résidentes et/ou des familles) et *Zero Tolerance of Abuse and Neglect* (Politique visant à promouvoir la tolérance zéro à l'égard des mauvais traitements et de la négligence); entrevues avec la personne résidente, le mandataire spécial de la personne résidente, une ou un IAA, une ou un gestionnaire des soins aux résidents, la directrice des soins infirmiers et la directrice générale. [000722]

4. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le directeur soit immédiatement informé d'allégations de mauvais traitements envers une personne résidente.

En vertu du par. 2 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22, pour l'application de la définition de « mauvais traitement » au par. 2 (1) de la Loi, « mauvais traitements d'ordre verbal » s'entend de toute forme de communication verbale de nature menaçante, intimidante, dénigrante ou dégradante, de la part d'une personne autre qu'un résident, qui a pour effet de diminuer chez un résident son sentiment de bien-être, de dignité ou d'estime de soi.

Justification et résumé

Le titulaire de permis a déposé une plainte écrite auprès du directeur au sujet d'un incident présumé de mauvais traitements de la part du personnel envers une personne résidente.

L'enquête du titulaire de permis a permis d'établir le fait que des allégations de mauvais traitements de la part du personnel envers une personne résidente ont été formulées. La personne résidente a signalé l'incident présumé à une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP), indiquant qu'un autre PSSP l'avait maltraitée. L'enquête menée par le titulaire de permis a révélé que les allégations de mauvais traitements n'étaient pas fondées.

Une PSSP a indiqué que la personne résidente était bouleversée à la suite de l'incident présumé de mauvais traitements d'ordre verbal de la part du personnel à son égard. La PSSP a indiqué avoir fait part des allégations à une infirmière auxiliaire autorisée ou un infirmier auxiliaire autorisé (IAA).

L'infirmière auxiliaire autorisée ou l'infirmier auxiliaire autorisé a indiqué savoir que la personne résidente était bouleversée. L'IAA a indiqué ne pas avoir fait part des allégations au directeur.

La directrice des soins infirmiers et la directrice générale ont indiqué que tout le personnel infirmier autorisé savait que les allégations de mauvais traitements envers les personnes résidentes devaient être immédiatement signalées au directeur.

Les allégations de mauvais traitements ont été signalées au directeur à la suite d'une plainte écrite déposée par le mandataire spécial de la personne résidente. Le rapport a été soumis quelques jours après l'incident présumé.

Le fait de ne pas informer immédiatement le directeur d'allégations de mauvais traitements envers les personnes résidentes risque de retarder les inspections du ministère et d'exposer les personnes résidentes à un risque de préjudice.

Sources : Dossier médical de la personne résidente, RIC, enquête du titulaire de permis, politique du titulaire de permis intitulée *Zero Tolerance of Abuse and Neglect*

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

(Politique visant à promouvoir la tolérance zéro à l'égard des mauvais traitements et de la négligence), dossiers de formation du personnel identifié pour 2023; et entrevues avec les PSSP, le personnel infirmier autorisé, une ou un GSR, la directrice des soins infirmiers et la directrice générale. [000722]

5. Le titulaire de permis a omis de signaler immédiatement un incident présumé de mauvais traitements envers une personne résidente.

En vertu du par. 2 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22, pour l'application de la définition de « mauvais traitement » au par. 2 (1) de la Loi, « exploitation financière » s'entend du détournement ou de la mauvaise utilisation de l'argent ou des biens d'un résident.

Justification et résumé

Le directeur a reçu une plainte concernant des mauvais traitements envers une personne résidente.

Le dossier médical de la personne résidente a été examiné. Les détails du signalement effectué par la personne résidente au personnel concernant les mauvais traitements présumés ont été documentés. Un examen du site du système de rapport d'incidents critiques a montré qu'aucun rapport n'avait été soumis par le foyer concernant ces incidents en particulier.

Lors de son entrevue, la personne résidente a indiqué avoir fait part de ses soupçons concernant les incidents de mauvais traitements au personnel autorisé du foyer et à une ou un gestionnaire des soins aux résidents. Des infirmières auxiliaires autorisées ou des infirmiers auxiliaires autorisés (IAA) et une ou un gestionnaire des soins aux résidents (GSR) ont indiqué avoir reçu le signalement concernant les allégations de mauvais traitements envers une personne résidente, dont la source était la personne résidente. Une ou un IAA et le ou la GSR ont indiqué que l'infirmière autorisée (IA) ou la ou le gestionnaire des soins aux résidents étaient tenus de signaler les soupçons de mauvais traitements au directeur. La ou le GSR a indiqué que les incidents de mauvais traitements présumés n'avaient pas été signalés au directeur. La ou le GSR a indiqué que les allégations de mauvais traitements envers une personne résidente étaient censées être signalées au directeur.

Il y avait un risque de préjudice pour la personne résidente lorsque les exigences 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 (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

matière de signalement n'ont pas été respectées.

Sources : Dossier médical clinique de la personne résidente; site du système de rapport d'incidents critiques; et entrevues avec la personne résidente, les IAA et une ou un GSR. [704759]

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 5 juillet 2024

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 008 Portes dans le foyer

Problème de conformité n° 034 Ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

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

Portes dans le foyer

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

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

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

Plus précisément, le titulaire de permis doit veiller à ce qui suit :

1. La directrice générale ou sa représentante ou son représentant désigné doit informer l'ensemble du personnel, y compris les gestionnaires, de l'importance de veiller à ce que les portes des aires non résidentielles soient gardées fermées et verrouillées quand elles ne sont pas supervisées par le personnel. La communication doit être documentée, notamment la date, la plateforme utilisée et l'auteur de la communication. Un rapport de la communication doit être conservé et mis à la disposition de l'inspectrice ou de l'inspecteur sur demande.

2. Effectuer des vérifications deux fois par semaine, pendant la journée et le soir, pour s'assurer que toutes les portes des aires non résidentielles sont gardées fermées et verrouillées quand elles ne sont pas supervisées par le personnel. Les vérifications doivent durer quatre semaines et être effectuées par la direction. Les vérifications doivent inclure la date, le nom et le titre du vérificateur ainsi que toute mesure corrective prise en cas de manquement. Les documents relatifs aux audits doivent être conservés et mis à la disposition de l'inspectrice ou de l'inspecteur sur

demande.

Raisons

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les portes donnant sur une aire non résidentielle soient gardées fermées et verrouillées lorsqu'elles ne sont pas supervisées par le personnel.

Justification et résumé

Lors de la visite initiale du foyer de soins de longue durée, ainsi que pendant plusieurs jours au cours de l'inspection, il a été observé qu'une pièce désignée comme étant un « bureau » dans une zone du foyer, et une autre pièce dans la même zone, étaient ouvertes. Des objets présentant un risque pour la sécurité ont été observés dans l'autre pièce. Le personnel n'était présent dans aucune des deux pièces.

Une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) et la directrice générale ont indiqué que les deux pièces étaient des aires non résidentielles et qu'elles ne devaient pas être ouvertes et/ou déverrouillées en l'absence du personnel.

Le fait de ne pas veiller à ce que les aires non résidentielles restent fermées et verrouillées lorsqu'elles ne sont pas utilisées constitue un risque pour la sécurité des personnes résidentes.

Sources : Observations; entrevues avec une PSSP et la directrice générale. [000722]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les portes donnant sur une aire non résidentielle soient gardées fermées et verrouillées lorsqu'elles ne sont pas supervisées par le personnel.

Justification et résumé

Au cours des observations effectuées dans le foyer de soins de longue durée, il a été constaté que la porte d'un local d'entretien ménager était restée ouverte, sans surveillance de la part du personnel. La pièce contenait une couverture chauffante, qui était allumée et en cours d'utilisation; une étiquette de mise en garde à l'intérieur de la couverture chauffante indiquait *hot surface* (surface chaude). Cette

observation a été faite dans une zone du foyer.

Une personne préposée aux services de soutien personnel en cas de troubles du comportement (PSSP-TC) a indiqué que la porte de la pièce était censée être fermée et verrouillée lorsqu'elle n'était pas surveillée par le personnel. La PSSP-TC a confirmé que la pièce se trouvait dans une aire non résidentielle.

La directrice générale a indiqué que les pièces étaient des aires non résidentielles et qu'elles ne devaient pas être ouvertes et/ou déverrouillées en l'absence du personnel.

Le fait de ne pas veiller à ce que les aires non résidentielles restent fermées et verrouillées lorsqu'elles ne sont pas utilisées constitue un risque pour la sécurité des personnes résidentes.

Sources : Observations; entrevues avec une PSSP-TC et la directrice générale.
[000722]

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 5 juillet 2024

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 009 Production des aliments

Problème de conformité n° 035 Ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

Non-respect de l'alinéa 78 (6) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Préparation alimentaire

Al. 78 (6) Le titulaire de permis veille à ce que le foyer soit doté de ce qui suit :

b) un équipement de restauration collective suffisant pour préparer, transporter et maintenir des aliments chauds et froids périssables à des températures sécuritaires.

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

Plus précisément, le titulaire de permis doit veiller à ce qui suit :

1. La ou le gestionnaire des services nutritionnels, en collaboration avec la diététiste professionnelle ou le diététiste professionnel et la directrice générale, doit s'assurer que le foyer dispose d'un équipement de restauration collective suffisant pour préparer, transporter et maintenir des aliments chauds et froids périssables à 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 (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

températures sécuritaires lors du service de restauration et de collation, ce qui comprend, sans s'y limiter, les boissons, les desserts et les salades périssables.

2. Effectuer des vérifications quotidiennes, pendant tous les services de restauration et de collation, pour s'assurer que les aliments et les boissons périssables, chauds et froids, sont préparés, transportés et maintenus à des températures sécuritaires ces vérifications doivent prendre la forme notamment d'observations effectuées à chaque service de restauration, dans la cuisine et dans toutes les dépenses et salles à manger. Les vérifications seront effectuées par la ou le gestionnaire des services nutritionnels et d'autres membres de l'équipe de direction désignés, tous les jours, lors du service de restauration et de collation, pendant une période de quatre semaines. Les vérifications doivent inclure la date, le nom et le titre du vérificateur ainsi que toute mesure corrective prise en cas de manquement. Les documents relatifs aux audits doivent être conservés et mis à la disposition de l'inspectrice ou de l'inspecteur sur demande.

Raisons

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer dispose d'un équipement de restauration collective permettant de maintenir les aliments froids à des températures sécuritaires.

Justification et résumé

Lors des observations effectuées dans les salles à manger, tout au long de l'inspection, les éléments suivants ont été relevés :

- le lait, la crème et le lait sans lactose ont été observés à température ambiante tout au long du service du déjeuner et du dîner, dans sept des huit salles à manger, ainsi que pendant le service des collations dans les zones du foyer;
- des barres de dessert et du pouding ont été observés sur un chariot à l'intérieur d'une dépense pendant le service de restauration; les desserts n'étaient pas conservés au froid;
- la laitue et les salades de crudités ont été observées dans un bol laissé sur le comptoir de la dépense, à température ambiante, pendant le service de restauration.

Les aides de cuisine et la ou le gestionnaire des services nutritionnels ont indiqué ne pas avoir pour habitude de conserver le lait, la crème, les desserts au lait sans

lactose et les salades au froid lors du service de restauration et de collation. La ou le gestionnaire des services nutritionnels a indiqué que le foyer ne disposait pas actuellement d'équipement de restauration collective permettant de conserver les aliments froids à des températures sécuritaires lors du service de restauration et de collation.

Le fait de ne pas veiller à ce que les aliments soient conservés à une température sécuritaire présente un risque pour les personnes résidentes et entraîne des lacunes dans leur expérience d'un repas agréable.

Sources : Observations; entrevues avec les aides de cuisine et la ou le gestionnaire des services nutritionnels. [000722]

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 5 juillet 2024

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 010 entretien ménager

Problème de conformité n° 036 Ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

Non-respect du sous-alinéa 93 (2) b) (iii) du Règl. de l'Ont. 246/22

Entretien ménager

S.-al. 93 (2) Dans le cadre du programme structuré de services d'entretien ménager prévu à l'alinéa 19 (1) a) de la Loi, le titulaire de permis veille à ce que soient élaborées et mises en œuvre des marches à suivre visant ce qui suit :

b) le nettoyage et la désinfection des articles suivants conformément aux instructions du fabricant et au moyen, au minimum, d'un désinfectant de faible niveau conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises :
(iii) les surfaces de contact.

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

Plus précisément, le titulaire de permis doit veiller à ce qui suit :

1. La ou le gestionnaire des services environnementaux ou sa représentante ou son représentant effectuera des vérifications lors de tous les différents quarts concernant la mise en œuvre du nettoyage et de la désinfection des surfaces 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 (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

contact fréquemment touchées, en vertu du programme structuré de services d'entretien ménager, dans les zones du foyer identifiées, au moins une fois par semaine pendant une période de quatre semaines.

2. La ou le gestionnaire des services environnementaux ou sa représentante ou son représentant prendra des mesures correctives en cas d'écart par rapport aux procédures de nettoyage et de désinfection des surfaces de contact fréquemment touchées, en vertu du programme structuré de services d'entretien ménager.

3. Les exigences des conditions 1 et 2 doivent être consignées par écrit jusqu'à ce que l'ordre de conformité soit respecté.

Raisons

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des procédures soient mises en œuvre pour le nettoyage et la désinfection des surfaces de contact conformément aux pratiques fondées sur des données probantes dans le cadre du programme structuré de services d'entretien ménager. En particulier, le nettoyage des points de contact tels que les mains courantes, les claviers, les ferrures et les interrupteurs de lampe n'a pas été effectué de manière systématique et n'a pas été documenté.

D'après les *Pratiques exemplaires de nettoyage de l'environnement en vue de la prévention et du contrôle des infections dans tous les milieux de soins de santé*, 3^e édition, en date d'avril 2018, le nettoyage et la désinfection des surfaces à contact fréquent ou des surfaces fréquemment manipulées doivent être effectués au moins une fois par jour et plus fréquemment si le risque de contamination environnementale par des micro-organismes est plus élevé.

Justification et résumé

Un rapport d'incident critique a été soumis au directeur concernant une épidémie.

Le bureau de santé publique a déclaré une épidémie à une date donnée. L'épidémie a d'abord été déclarée comme propre à une unité, mais elle s'est ensuite étendue à l'ensemble du foyer. Les mesures de lutte contre les épidémies comprenaient, entre autres, la désinfection des surfaces et l'isolement rapide des cas présumés. La politique relative aux services d'entretien ménager du titulaire de permis, intitulée *Outbreak Response* (Intervention contre les épidémies), établit les pratiques et les procédures requises en cas d'épidémie. Selon cette politique, 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 (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

changements de routine de travail dans toutes les zones du foyer incluait un nettoyage supplémentaire des points de contact tels que les mains courantes, les claviers, les ferrures et les interrupteurs de lampe.

L'examen des formulaires de nettoyage des points de contact pour le nettoyage et la désinfection des surfaces fréquemment touchées a établi que la désinfection des points de contact devait être assurée deux fois par quart et consignée dans la feuille de travail. L'examen des formulaires de nettoyage des points de contact de trois zones du foyer a montré que les documents relatifs au nettoyage étaient incomplets.

Un membre du personnel d'entretien ménager a indiqué que les surfaces ou les points de contact fréquemment touchés étaient désinfectés deux fois par quart en cas d'épidémie. Le membre du personnel d'entretien ménager a indiqué être responsable de deux zones du foyer et il n'était pas toujours possible, faute de temps, de procéder au nettoyage et à la désinfection supplémentaires des points de contact en cas d'épidémie.

La ou le responsable de la prévention et du contrôle des infections (PCI) a indiqué qu'il incombait au bureau de santé publique de déclarer la fin d'une épidémie et que toutes les zones touchées restaient en situation d'épidémie et continuaient à prendre des mesures de précaution jusqu'à ce que l'épidémie soit déclarée terminée. La superviseure ou le superviseur des services environnementaux (SSS) et la ou le gestionnaire des services environnementaux (GSE) ont indiqué que les points de contact devaient être nettoyés et désinfectés deux fois par jour lorsque la zone du foyer était touchée par une épidémie et le personnel d'entretien ménager devait documenter la situation. Les membres du personnel d'entretien ménager devaient aviser la superviseure ou le superviseur et les gestionnaires s'ils n'étaient pas en mesure d'effectuer le nettoyage requis des points de contact.

Il existe un risque de transmission de maladies infectieuses lorsque le nettoyage et la désinfection des surfaces de contact ne sont pas effectués conformément aux pratiques fondées sur des données probantes dans le cadre du programme structuré de services d'entretien ménager.

Sources : Dossiers de nettoyage des points de contact, résumé final de l'enquête sur l'épidémie concernant un numéro d'épidémie identifié, *Pratiques exemplaires 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 (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

*nettoyage de l'environnement en vue de la prévention et du contrôle des infections dans tous les milieux de soins de santé, 3^e édition, politique du titulaire de permis intitulée *Outbreak Response* (Intervention contre les épidémies), dans la section *Housekeeping Services* (Services d'entretien ménager), rapport d'incident critique; et entrevues avec le personnel d'entretien ménager, la ou le responsable de la PCI, la ou le SSE et la ou le GSE
[704759]*

Cet ordre doit être respecté d'ici le 5 juillet 2024

AVIS DE FRAIS DE RÉINSPECTION En vertu de l'article 348 du Règl. de l'Ont. 246/22 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*, le titulaire de permis est assujéti à des frais de réinspection de 500 \$ à payer dans les 30 jours suivant la date de la facture.

Les frais de réinspection s'appliquent puisqu'il s'agit, au minimum, de la deuxième inspection de suivi visant à déterminer la conformité à l'ordre ou aux ordres de conformité suivants en vertu de l'art. 155 de la LRS LD, 2021, et/ou de l'article 153 de la *Loi de 2007 sur les soins de longue durée*.

Un deuxième suivi a été effectué concernant l'ordre n° 001 émis dans le cadre de l'inspection n° 2023-1544-0001, conformément à l'article 36 du Règl. de l'Ont. 79/10.

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

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 licence demande la révision d'un APA, l'obligation de payer est suspendue jusqu'à la décision de la révision.

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

La demande écrite de révision doit comprendre :

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

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

Directeur

a/s du coordonnateur des appels
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée
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

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

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'une inspectrice.

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

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

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.