

## Rapport public initial

**Date d'émission du rapport :** 4 octobre 2024.

**Numéro d'inspection :** 2024-1551-0004

**Type d'inspection :**

Plainte

Incident critique

Suivi

Titulaire de permis : Corporation de la ville de Cornwall

Foyer de soins de longue durée et ville : Glen-Stor-Dun Lodge, Cornwall

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : les 4, 5, 8, 9, 11, 12, 15, 16, 17, 18, 19, 22, 23, 24, 25, 29, 30 et 31 juillet, et 1<sup>er</sup> et 2 août 2024.

L'inspection a eu lieu à l'extérieur du foyer à la date suivante : 2 août 2024.

Les inspections concernaient :

Système de rapport d'incidents critiques (SIC)

- les registres n° 00018996 (IC n° M529-000006-23), n° 00109374 (IC n° M529-000013-24), n° 00112198 (IC n° M529-000018-24), n° 00113099 (IC n° M529-000022-24), n° 00113316 (IC n° M529-000024-24), n° 00113664 (IC n° M529-000025-24), n° 00114040 (IC n° M529-000027-24), n° 00118964 (IC n° M529-000036-24), n° 00119112 (IC n° M529-000037-24), n° 00119115 (IC n° M529-000038-24), n° 00121093 (IC n° M529-000052-24) – ayant trait à des allégations de négligence de personne résidente de la part d'un membre du personnel;
- les registres n° 00109126 (IC n° M529-000011-24), n° 00109462 (IC n° M529-000014-24), n° 00119775 (IC n° M529-000042-24) – ayant trait à des allégations de mauvais traitements d'ordre physique d'une personne résidente de la part

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 d'Ottawa**

347, rue Preston, bureau 410

Ottawa, ON K1S 3J4

Téléphone : 877 779-5559

d'une personne résidente

- les registres n° 00109281 (IC n° M529-000012-24), n° 00113039 (IC n° M529-000020-24) – ayant trait à des allégations de soins administrés de façon inappropriée à une personne résidente
- les registres n° 00111625 (IC n° M529-000017-24), n° 00119276 (IC n° M529-000040-24) – ayant trait à des personnes résidentes portées disparues.

Plainte

- le registre n° 00108890 – plainte comportant plusieurs préoccupations relatives aux soins
- le registre n° 00113102 – plainte ayant trait à des préoccupations concernant une allégation de mauvais traitements d'ordre physique d'une personne résidente de la part d'un membre du personnel
- le registre n° 00114183 – plainte ayant trait à des préoccupations concernant une allégation de mauvais traitements d'ordre verbal d'une personne résidente de la part d'un membre du personnel

Suivi

- le registre n° 00114999 – suivi n° 1 – OC de haute priorité n° 001/2024-1551-0001, alinéa 6 (10) c) de la LRSLD (2021) concernant la réévaluation du programme de soins

## Ordre(s) de conformité délivré(s) antérieurement

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

Ordre n° 001 de l'inspection n° 2024-1551-0001 concernant l'alinéa 6 (10) c) de la LRSLD (2021) inspecté.

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

Services de soins et de soutien aux personnes résidentes  
Prévention et gestion de la peau et des plaies  
Entretien ménager, services de buanderie et services d'entretien  
Prévention et contrôle des infections  
Foyer sûr et sécuritaire  
Prévention des mauvais traitements et de la négligence  
Comportements réactifs  
Rapports et plaintes  
Prévention et gestion des chutes

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### AVIS ÉCRIT : Documentation

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

Non-respect de la disposition 6 (9) 1 de la LRSLD (2021)

Programme de soins

Paragraphe 6 (9). Le titulaire de permis veille à ce que les éléments suivants soient documentés :

1. La prestation des soins prévus dans le programme de soins.

1) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la prestation des soins prévus dans le programme de soins d'une personne résidente concernant ses comportements réactifs, plus précisément les contrôles de sécurité aux 15 minutes, fût documentée.

Sources : Examen des contrôles de sécurité aux 15 minutes à la rubrique des tâches de PointClickCare, et entretien avec une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) et un autre membre du personnel.

2) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins d'une personne fussent documentés. Plus précisément, la surveillance du dispositif de sécurité de la personne résidente n'était pas documentée lors de onze quarts de nuit d'un certain mois, et la surveillance des contrôles de sécurité et du risque de chute n'était pas documentée pendant huit quarts de nuit d'un certain mois.

Sources : Documentation figurant dans Point of Care, entretiens avec une PSSP et la directrice ou le directeur intérimaire des soins infirmiers (DSI).

3) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la prestation des soins prévus dans le programme de soins d'une personne résidente fût documentée. Le programme de soins précisait que l'on devait retourner et changer de position la personne résidente toutes les deux heures. Ces documents n'ont pas été remplis conformément au programme de soins un jour où la personne résidente a été laissée sans surveillance pendant quatre heures.

Sources : Documentation dans l'interface Point of Care.

## AVIS ÉCRIT : Services d'hébergement

Problème de conformité n° 002 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

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

Services d'hébergement

Paragraphe 19 (2). Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

c) le foyer, l'ameublement et le matériel sont entretenus de sorte qu'ils soient sûrs et en bon état.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les carreaux du sol fussent entretenus de sorte qu'ils soient sûrs et en bon état.

Sources : Observation de l'inspectrice. Entretien avec la superviseure ou le superviseur des services de soutien.

### **AVIS ÉCRIT : Obligation du titulaire de permis d'enquêter, de répondre et d'agir**

Problème de conformité n° 003 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect **de l'alinéa** 27 (1) b) de la LRSLD (2021)

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

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

b) les mesures appropriées sont prises en réponse à chaque incident.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des mesures appropriées fussent prises en réponse à une allégation de négligence envers une personne résidente lorsqu'on avait laissé celle-ci sans surveillance pendant une activité de soins personnels.

Sources : Horaire du personnel, notes d'enquête, entretiens avec deux PSSP et l'administratrice adjointe ou l'administrateur adjoint.

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

Problème de conformité n° 004 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

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

Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

Paragraphe 28 (1). Quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner que l'un ou l'autre des cas suivants s'est produit ou peut se produire fait immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et communique les renseignements sur lesquels ils sont fondés :

1. L'administration d'un traitement ou de soins à un résident de façon inappropriée ou incompétente, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident

1) Le titulaire de permis n'a pas immédiatement fait rapport au directeur d'un incident ayant trait à un traitement administré de façon inappropriée, ce qui a causé un risque de préjudice pour une personne résidente. Le rapport a été soumis le lendemain.

Sources : Rapport d'incident critique et entretien avec l'administratrice adjointe ou l'administrateur adjoint des Opérations.

2) Le titulaire de permis n'a pas immédiatement fait rapport au directeur d'un incident ayant trait à un traitement administré de façon inappropriée pendant un quart de travail, ce qui a causé un risque de préjudice pour une personne résidente. Le rapport a été soumis le lendemain.

Sources : Rapport d'incident critique et entretien avec la ou le DSI intérimaire.

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

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

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

Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

Paragraphe 28 (1). Quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner que l'un ou l'autre des cas suivants s'est produit ou peut se produire fait immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et communique les renseignements sur lesquels ils sont fondés :

2. Les mauvais traitements infligés à un résident par qui que ce soit ou la négligence 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.

1) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'on fit immédiatement rapport au directeur d'un incident de mauvais traitements d'ordre physique d'une personne résidente de la part d'une personne résidente.

Sources : Examen du système de production de rapports après les heures ouvrables, rapport du Système de rapport d'incidents critiques (SIC) et entretien avec la ou le DSI intérimaire.

2) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'on fit immédiatement rapport au

directeur d'un incident allégué de négligence d'une personne résidente de la part d'un membre du personnel.

Sources : Examen du rapport du Système de rapport d'incidents critiques et de courriels; entretien avec une infirmière ou un infirmier auxiliaire autorisé (IAA) et avec la superviseuse ou le superviseur des PSSP.

## AVIS ÉCRIT : Aides pour changer de position

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

Non-**respect de l'alinéa 96 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Services d'entretien

Paragraphe 96 (2). Le titulaire de permis veille à ce que soient élaborées et mises en œuvre des marches à suivre qui garantissent ce qui suit :

b) l'équipement, les appareils, les appareils fonctionnels et les aides pour changer de position au foyer sont maintenus en bon état, à l'exception des appareils d'aide personnelle ou de l'équipement des résidents.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soient mises en œuvre des marches à suivre qui garantissent que l'appui-tête du fauteuil roulant d'une personne résidente fût maintenu en bon état pour la changer de position en toute sécurité.

Sources : Observation de l'inspectrice. Entretiens avec une PSSP et une ou un physiothérapeute.

## AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des

## infections

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

Non-respect de **l'alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Programme de prévention et de contrôle des infections

Paragraphe 102 (2). Le titulaire de permis met en œuvre ce qui suit :

b) les normes ou protocoles que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections. Règl. de l'Ont. 246/22, paragraphe 102 (2).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) que délivre le directeur, en particulier la disposition 9.1 ayant trait à l'hygiène des mains, fût respectée par une PSSP lors des services de collation du matin.

Sources : Observation de l'inspectrice. Entretien avec une PSSP.

## AVIS ÉCRIT : Politique relative aux mauvais traitements et à la négligence

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

Non-respect **de l'article 103 du Règl. de l'Ont. 246/22**

Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

Article 103. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que sa politique écrite, prévue à l'article 25 de la Loi, visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents réunisse les conditions suivantes :

- a) elle contient des marches à suivre et des mesures d'intervention visant à aider et à appuyer les résidents qui ont été ou auraient été victimes de mauvais traitements ou de négligence;
- b) elle contient des marches à suivre et des mesures d'intervention visant à composer avec les personnes qui ont infligé ou auraient infligé des mauvais traitements à des résidents ou commis une négligence envers eux, selon ce qui est approprié;
- c) elle indique les mesures à prendre et les stratégies à suivre pour prévenir les mauvais traitements et la négligence;
- d) elle indique la façon dont sera menée l'enquête sur les allégations de mauvais traitements et de négligence, notamment qui sera chargé de l'enquête et qui en sera avisé;
- e) elle indique les exigences en matière de formation et de recyclage visant tous les membres du personnel, notamment en ce qui concerne ce qui suit :
  - (i) le lien entre le déséquilibre de pouvoir entre les membres du personnel et les résidents et le risque que soient infligés des mauvais traitements et que soit commise une négligence par ceux qui sont en situation de confiance et d'autorité et chargés des soins des résidents,
  - (ii) les circonstances qui peuvent entraîner des mauvais traitements et la négligence et la façon de les prévenir.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la politique écrite du foyer, prévue à l'article 25 de la Loi, intitulée programme visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes (*Zero Tolerance of Resident Abuse and Neglect Program*) réunisse les conditions suivantes :

- a) elle contient des marches à suivre et des mesures d'intervention visant à aider et

à appuyer les personnes résidentes qui ont été ou auraient été victimes de mauvais traitements ou de négligence;

b) elle contient des marches à suivre et des mesures d'intervention visant à composer avec les personnes qui ont infligé ou auraient infligé des mauvais traitements à des personnes résidentes ou commis une négligence envers elles, selon ce qui est approprié;

d) elle indique la façon dont sera menée l'enquête sur les allégations de mauvais traitements et de négligence, notamment qui sera chargé de l'enquête et qui en sera avisé.

L'administratrice ou l'administrateur a reconnu que le programme du foyer visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes (*Zero Tolerance of Resident Abuse and Neglect Program*) ne respectait pas les alinéas a), b) et c) des dispositions législatives.

Sources : Programme visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes (*Zero Tolerance of Resident Abuse and Neglect Program*), entretien avec l'administratrice ou l'administrateur.

## AVIS ÉCRIT : Avis : incidents

Problème de conformité n° 009 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021),

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

Avis : incidents

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

a) soient avisés dès qu'il prend connaissance d'un incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement ou de négligence envers le résident qui lui a causé une lésion physique ou de la douleur ou encore des souffrances qui pourraient nuire à sa santé ou à son bien-être.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un incident de mauvais traitements d'ordre physique d'une personne résidente de la part d'une personne résidente fût immédiatement signalé à la mandataire ou au mandataire spécial (MS) d'une personne résidente.

Sources : Examen du rapport du Système de rapport d'incidents critiques et entretien avec la superviseure ou le superviseur des PSSP et avec un autre membre du personnel.

## AVIS ÉCRIT : Évaluation

Problème de conformité n° 010 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de **l'article 106 b) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Évaluation

Article 106. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

b) au moins une fois par année civile, il est procédé à une évaluation qui permet d'établir l'efficacité de la politique, visée à l'article 25 de la Loi, visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents et de formuler les modifications et améliorations qui s'imposent afin de prévenir les récidives.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'au moins une fois au cours de l'année civile 2023, il fût procédé à une évaluation qui permet d'établir l'efficacité de la politique du titulaire de permis, visée à l'article 25 de la Loi, et intitulée politique visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes : enquête et conséquences (*Zero Tolerance of Resident Abuse and Neglect: Investigation and Consequences*), et quelles modifications et améliorations s'imposaient afin de prévenir les récurrences de mauvais traitements et de négligence.

Sources : Feuille de calcul électronique du SIC du foyer, et entretien avec l'administratrice ou l'administrateur.

## ORDRE DE CONFORMITÉ OC n° 001 – Obligation de protéger

Problème de conformité n° 011 – Ordre de conformité aux termes de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021).

Non-respect du paragraphe 24 (1) de la LRSLD (2021)

Obligation de protéger

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

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

Le titulaire de permis doit s'assurer de ce qui suit :

A) Réexaminer et réviser le processus d'enquête sur les allégations de mauvais traitements et les mesures prises lorsque l'on reçoit une allégation de mauvais traitements d'une personne résidente de la part d'un membre du personnel. Le

processus devrait comprendre les mesures prises pour veiller à ce que les personnes résidentes soient protégées contre les mauvais traitements et la négligence pendant le processus d'enquête.

B) Donner à l'ensemble des gestionnaires, superviseuses et superviseurs de la formation relative au processus d'enquête, et notamment concernant le processus pour protéger les personnes résidentes des mauvais traitements infligés par du personnel.

C) Donner de la formation au personnel qui fournit de l'assistance pour le transfert de deux personnes résidentes. La formation doit inclure le programme de soins des deux personnes résidentes concernant l'assistance pour les transferts, la supervision lors de l'utilisation des toilettes, et les techniques sécuritaires de transfert et de changement de position particulières aux deux personnes résidentes.

Conserver un document écrit de tout ce qui est exigé aux points A, B et C jusqu'à ce que le ministère des Soins de longue durée estime que le titulaire de permis s'est conformé présent ordre.

#### Motifs

1) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente ne fit l'objet d'aucune négligence de la part d'une PSSP.

« Négligence » s'entend du défaut de fournir à un résident les traitements, les soins, les services ou l'aide nécessaires à sa santé, à sa sécurité ou à son bien-être et s'entend en outre d'une inaction ou d'une tendance à l'inaction qui compromet la santé, la sécurité ou le bien-être d'un ou de plusieurs résidents.

Au cours d'une activité de soins personnels, la PSSP a laissé la personne résidente sans surveillance et attachée au lève-personne mécanique pendant un certain

temps. On a constaté que la personne résidente avait subi des conséquences négatives. Le programme de soins de la personne résidente indiquait au personnel de rester avec elle pendant toute la durée de ce soin.

Sources : Rapport du SIC, enquête du foyer. Entretiens avec la PSSP, et la ou le DSI intérimaire.

2) Le titulaire de permis n'a pas protégé une personne résidente contre de la négligence commise par deux PSSP.

Pour l'application de la Loi et du présent règlement, « négligence » s'entend du défaut de fournir à un résident les traitements, les soins, les services ou l'aide nécessaires à sa santé, à sa sécurité ou à son bien-être et s'entend en outre d'une inaction ou d'une tendance à l'inaction qui compromet la santé, la sécurité ou le bien-être d'un ou de plusieurs résidents.

Au cours d'une activité de soins personnels, les deux PSSP ont laissé la personne résidente non supervisée et attachée au lève-personne mécanique. Le manque de supervision de la part des PSSP pendant cette activité de soins personnels a contribué au fait que la personne résidente a subi des conséquences négatives.

Sources : Dossier médical, notes d'évolution et programme de soins de la personne résidente, enquête du foyer. Entretien avec les PSSP et une ou un IAA.

3) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente du foyer fût protégée contre des mauvais traitements infligés par une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP).

« Mauvais traitements d'ordre physique » s'entend de l'usage de la force physique

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

La mandataire ou le mandataire spécial (MS) de la personne résidente a fait une allégation de mauvais traitements concernant les soins fournis par une PSSP. Lors de ce quart de travail, on a commencé la prestation des soins personnels, la personne résidente a refusé verbalement les soins et a manifesté de la douleur pendant les moments où l'on effectuait les soins. Les deux membres du personnel n'ont pas cessé les soins, ils n'ont pas tenté une autre approche auprès de la personne résidente et n'ont pas sollicité une évaluation de la douleur de la personne résidente auprès du personnel autorisé. Après avoir terminé les soins personnels, la PSSP n'a pas signalé au personnel autorisé la douleur de la personne résidente et au lieu de cela elle a indiqué que la personne résidente opposait de la résistance aux soins, ce que la séquence vidéo a déterminé comme n'étant pas ce qui s'était produit. La superviseure ou le superviseur des soins infirmiers/directrice ou directeur intérimaire des soins infirmiers a parlé à la ou au MS le jour de l'allégation et a entrepris une enquête interne. La ou le MS a fait une allégation de négligence le lendemain pour manque de supervision, journée au cours de laquelle la même PSSP a été de nouveau affectée aux soins de la personne résidente. La PSSP a de nouveau travaillé dans la même section du foyer accessible aux personnes résidentes pendant le quart de travail suivant.

Trois jours après l'allégation initiale de mauvais traitements, la PSSP a été informée des allégations de mauvais traitements et de négligence, et la superviseure ou le superviseur des soins infirmiers/DSI intérimaire a eu un entretien avec elle pour les besoins de l'enquête interne. On a alors affecté la PSSP à une autre section du foyer accessible aux personnes résidentes pendant le déroulement de l'enquête interne, section où elle a fourni des soins personnels à des personnes résidentes sans qu'un autre membre du personnel fût présent, et sans aucune directive au personnel

autorisé concernant la supervision de la PSSP. La superviseure ou le superviseur des soins infirmiers/DSI intérimaire a déclaré que l'on avait terminé l'enquête interne et déterminé une importante mesure correctrice que la PSSP devait effectuer. Malgré cela, la PSSP a continué de travailler sans supervision auprès de personnes résidentes jusqu'à ce qu'elle eût mis en œuvre la mesure correctrice dix jours plus tard, juste au moment où la ou le DSI a déclaré qu'il fallait prendre des dispositions pour remplacer le quart de travail de la PSSP.

Sources : Séquence vidéo fournie par la ou le MS, politique visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes : enquête et conséquences (*Zero Tolerance of Resident Abuse and Neglect: Investigation and Consequences*), horaires de travail du personnel, incidents critiques, documents d'enquête interne, et entretiens avec des infirmières ou infirmiers autorisés et la superviseure ou le superviseur des soins infirmiers/DSI intérimaire.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 8 novembre 2024.

Cet ordre de conformité est également considéré comme un avis écrit et il est **transmis au directeur pour prendre d'autres mesures.**

ORDRE DE CONFORMITÉ OC n° 002 – Foyer : milieu sûr et sécuritaire

Problème de conformité n° O12 – Ordre de conformité aux termes de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021).

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

Foyer : milieu sûr et sécuritaire

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

**L'inspectrice ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de**

conformité [alinéa 155 (1) a) de la LRSLD (2021)] :

Le titulaire de permis doit s'assurer de ce qui suit :

- A) Effectuer une analyse approfondie du système de contrôle d'accès de la porte principale et du système RoamAlert pour déterminer comment une personne résidente a réussi à les contourner.
- B) En se fondant sur cette analyse, élaborer des mesures correctrices potentielles pour remédier aux vulnérabilités des systèmes de sécurité de la porte principale.
- C) Faire l'essai de mesures correctrices potentielles si nécessaire, et mettre en œuvre des solutions permanentes pour prévenir les récidives, en veillant à ce qu'aucune personne résidente ne puisse contourner de nouveau les systèmes de sécurité de la porte principale.
- D) Réexaminer et mettre à jour la marche à suivre écrite intitulée surveillance des portes et aires sécuritaires à l'extérieur (*Door Surveillance and Secure Outdoor Areas*) pour répondre aux alarmes de la porte principale afin de veiller à inclure des directives claires à l'intention du personnel concernant leurs rôles et responsabilités précis en la matière.
- E) Sensibiliser tout le personnel et réexaminer avec lui la marche à suivre écrite du titulaire de permis pour répondre aux alarmes de la porte principale. Documenter comment et quand cette formation a été fournie, qui l'a fournie, et le nom de tous les membres du personnel qui l'ont reçue.

F) Effectuer une vérification une fois par semaine lors de chacun des trois quarts de travail pendant quatre semaines afin de vérifier que le personnel répond à une alarme de la porte principale conformément aux attentes du titulaire de permis.

Conserver de la documentation pour corroborer toutes les mesures prises concernant les points A à F.

#### Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer soit un environnement sûr et sécuritaire pour ses personnes résidentes en ce sens :

- qu'une personne résidente a été en mesure d'ouvrir la porte principale et de sortir du bâtiment, en contournant un système RoamAlert et le système de contrôle d'accès de la porte sans que le personnel le sache;
- qu'au moment de l'inspection, on a établi qu'il n'y avait pas eu d'analyse pour déterminer comment la personne résidente avait été en mesure de contourner les deux systèmes de sécurité en place et d'ouvrir la porte, qui doit demeurer fermée, verrouillée et protégée par un système d'alarme en tout temps;
- que le foyer n'a pas effectué une analyse du verrou de sécurité de la porte principale à la suite de l'incident et que par conséquent, on n'a pris aucune mesure pour empêcher qu'une autre personne résidente contourne le système de sécurité de la porte principale de la façon dont la personne résidente l'avait fait;
- que les observations à la porte principale et les entretiens effectués ont permis de détecter des lacunes dans les connaissances au sein des services de soins infirmiers et des services de diététique, car le personnel ne savait pas ou ne pouvait pas reconnaître les alarmes de la porte principale lorsqu'il travaillait dans la section accessible aux personnes résidentes la plus proche de la porte, ni identifier les attentes concernant le moment où répondre aux alarmes de la porte principale, et la personne chargée de le faire.

Sources : Observations des systèmes de sécurité et de la fonctionnalité de la porte, observations du ou des tableaux annonciateurs de l'alarme de la porte principale dans les unités de soins. Dossiers : dossier médical d'une personne résidente, notes d'enquête (incident critique), politique intitulée surveillance des portes et aires sécuritaires à l'extérieur (*Door Surveillance and Secure Outdoor Areas*). Entretiens avec les personnes suivantes : une PSSP, une infirmière ou un infirmier autorisé (IA), deux membres du personnel des services de diététique, la superviseuse ou le superviseur des services de soutien, la superviseuse ou le superviseur des services de nutrition, la directrice ou le directeur intérimaire des soins infirmiers, et l'assistante ou l'assistant intérimaire de l'administratrice adjointe ou de l'administrateur adjoint des opérations.

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

## ORDRE DE CONFORMITÉ n° 003 Programme de soins

Problème de conformité n° 013 – Ordre de conformité aux termes de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021).

Non-respect **de l'alinéa** 6 (4) b) de la LRSLD (2021)

Programme de soins

Paragraphe 6 (4). Le titulaire de permis veille à ce que le personnel et les autres personnes qui participent aux différents aspects des soins du résident collaborent ensemble à ce qui suit :

b) l'élaboration et la mise en œuvre du programme de soins de sorte que les différents aspects des soins s'intègrent les uns aux autres, soient compatibles les uns avec les autres et se complètent.

**L'inspectrice ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de**

conformité [alinéa 155 (1) a) de la LRSLD (2021)] :

Le titulaire de permis doit s'assurer de ce qui suit :

A) Élaborer et mettre en œuvre un processus de communication entre le personnel du service des loisirs et des soins infirmiers concernant la localisation des personnes résidentes de sorte que tous les aspects du programme de soins des personnes résidentes soient intégrés et tenus à jour.

B) Donner au personnel concerné de la formation relative au nouveau processus. Tenir à jour des dossiers comportant le nom des membres du personnel en question et de la ou des personnes qui ont donné la formation.

C) Effectuer des vérifications deux fois par semaine pendant quatre semaines pour veiller à ce que l'on parvienne à une conformité uniforme.

D) Prendre des mesures correctrices à l'égard du personnel pour non-respect du nouveau processus que l'on a constaté, et documenter ces mesures.

Conserver un document écrit de tout ce qui est exigé aux points A, B, C et D jusqu'à ce que le ministère des Soins de longue durée estime que le titulaire de permis s'est conformé présent ordre.

Motifs

1) Le titulaire de permis n'a pas veillé à la collaboration entre le personnel des soins infirmiers et le personnel du service des loisirs à l'égard de la mise en œuvre du programme de soins d'une personne résidente concernant sa participation à des activités. Le personnel du service des loisirs a laissé la personne résidente après les activités, ce qui a fait qu'elle a été portée disparue pendant cinq heures.

Cette situation a empêché que certains éléments du programme de soins soient intégrés et uniformes pour satisfaire aux exigences en soins de la personne résidente le jour en question.

Sources : Dossiers médicaux d'une personne résidente et entretiens avec un membre du personnel des services de loisirs, une PSSP, et une ou un IA.

2) Le titulaire de permis n'a pas veillé à la collaboration entre le personnel des soins infirmiers et le personnel du service des loisirs à l'égard de la mise en œuvre du programme de soins d'une personne résidente concernant sa participation à des activités. Après que la personne résidente eût participé aux activités, le membre du personnel du service des loisirs n'a pas informé le personnel infirmier de l'unité qu'il avait ramené la personne résidente aux ascenseurs, juste à l'extérieur de la principale section accessible aux personnes résidentes. La personne résidente a pénétré de nouveau dans l'ascenseur par ses propres moyens. Le manque de communication entre le personnel du service des loisirs et le personnel infirmier a eu pour conséquence que la personne résidente a été portée disparue pendant près de trois heures, jusqu'à ce que le personnel infirmier la trouve plus tard dans l'ascenseur. Cette situation a empêché que certains éléments du programme de soins soient intégrés et uniformes pour répondre aux besoins de la personne résidente.

Sources : Observations d'une personne résidente dans sa chambre et du tableau de communication à l'extérieur des ascenseurs de l'unité, confirmées par une ou un IA, dossiers médicaux d'une personne résidente, notes d'enquête et entretiens avec un membre du service des loisirs, une PSSP et une ou un IA.

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

6 décembre 2024.

## ORDRE DE CONFORMITÉ n° 004 Programme de soins

Problème de conformité n° 014 – Ordre de conformité aux termes de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021).

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

Programme de soins

Paragraphe 6 (7). Le titulaire de permis veille à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis au résident, tel que le précise le programme.

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

Le titulaire de permis doit s'assurer de ce qui suit :

- A) Veiller à ce que la personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) effectue un réexamen du programme de soins de la personne résidente concernant les comportements réactifs. Conserver un document écrit qui identifie la PSSP et la date à laquelle le programme de soins a été réexaminé.
- B) Effectuer un réexamen des programmes de soins des deux personnes résidentes concernant les contrôles de sécurité et faire toute mise à jour requise pour répondre aux besoins des personnes résidentes.
- C) Effectuer un réexamen du programme de soins de la personne résidente concernant le retournement et le changement de position, et faire toute mise à jour requise pour répondre à ses besoins.
- D) Pendant une semaine, les programmes de soins de quatre personnes résidentes seront réexaminés lors de chaque rapport de changement de quart de travail. Conserver un document écrit qui indique les noms des membres du personnel et les dates auxquelles le programme de soins a été réexaminé.
- E) Effectuer une vérification quotidienne pendant au moins un quart de travail pour

veiller à ce que les soins des personnes résidentes soient fournis tel que le précise le programme de soins. Les vérifications doivent avoir lieu pendant le quart de travail de jour, du soir et de nuit chaque semaine, et pendant quatre semaines afin de s'assurer que l'on est parvenu à une conformité uniforme.

F) Si pendant les vérifications on constate des écarts par rapport au programme de soins d'une personne résidente, prendre immédiatement des mesures correctrices.

Conserver un document de tout ce qui est exigé aux points A, B, C, D, E et F jusqu'à ce que le ministère des Soins de longue durée estime que le titulaire de permis s'est conformé au présent ordre.

#### Motifs

1) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins d'une personne résidente lui fussent fournis tel que le précisait le programme.

Les documents du programme de soins en matière de comportement qui se trouvent dans l'application PointClickCare indiquaient que la personne résidente nécessitait deux membres du personnel pour lui fournir des soins. Les documents de surveillance vidéo révélaient qu'à deux reprises la personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) était entrée seule dans la chambre de la personne résidente pendant le quart de nuit de huit heures. Aucun autre membre du personnel n'était entré dans la chambre de la personne résidente pendant cette période, ce qui a augmenté le risque de blessure pour la PSSP et la personne résidente.

Sources : Examen des documents de surveillance vidéo, des documents du programme de soins d'une personne résidente, et entretien avec la personne

préposée aux services de soutien personnel (PSSP) et la superviseure ou le superviseur de la PSSP.

2) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'on effectue des contrôles de sécurité d'une personne résidente toutes les 15 minutes lors d'une journée, tel que le précisait le programme de soins. Cette situation a eu pour conséquence que la personne résidente est sortie du bâtiment sans que le personnel eût connaissance de l'endroit où elle se trouvait.

Sources : Dossiers médicaux d'une personne résidente, et entretien avec une PSSP et l'assistante ou l'assistant intérimaire de l'administratrice adjointe ou de l'administrateur adjoint des opérations.

3) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins d'une personne résidente concernant le changement de position fussent effectués. Lors d'un quart de travail, on n'a pas retourné ni changé de position la personne résidente toutes les deux heures, ce qui a provoqué une déchirure de la peau.

Sources : Documents relatifs aux soins de santé d'une personne résidente, rapport d'incident critique et entretien avec la ou le DSI intérimaire.

4) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des contrôles de sécurité fussent effectués conformément au programme de soins d'une personne résidente lors de deux quarts de travail. La personne résidente présentait un risque de chute et avait un dispositif de sécurité en place. Un membre du personnel a indiqué que la personne résidente se réveillait fréquemment, enlevait le dispositif de sécurité et

tentait de se lever de son lit sans l'assistance dont elle avait besoin.

Sources : Documentation figurant dans Point of Care, notes de l'examen des séquences de la caméra du couloir, et entretien avec une PSSP.

5) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'on fournisse les soins prévus dans le programme de soins d'une personne résidente concernant son changement de position toutes les deux heures. Lors d'un quart de travail, ce soin n'a pas été fourni, car la personne résidente a été laissée sans surveillance dans son fauteuil roulant avec la toile attachée au lève-personne fixé au plafond pendant quatre heures.

Sources : Documents du programme de soins d'une personne résidente, rapport d'incident critique et entretien avec l'administratrice adjointe ou l'administrateur adjoint des Opérations.

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

Un avis de pénalité administrative (APA) est délivré dans le cadre du présent ordre de conformité concernant cet avis écrit APA n° 001

### **AVIS DE PÉNALITÉ ADMINISTRATIVE (APA)**

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

Avis de pénalité administrative APA n° 001

**en lien avec l'avis écrit de non-conformité n° 004**

En vertu de l'article 158 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*, le titulaire de permis est tenu de payer une pénalité administrative de

1 100 dollars dans les 30 jours suivant la date de la facture.

Conformément aux paragraphes 349 (6) et (7) du Règl. de l'Ont. 246/22, la pénalité administrative est infligée pour la raison suivante : le titulaire de permis n'a pas respecté une exigence, ce qui a donné lieu à un ordre en vertu de l'article 155 de la Loi, et que durant les trois années précédant immédiatement la date à laquelle l'ordre a été délivré en vertu de l'article 155, le titulaire de permis n'a pas respecté cette même exigence.

**Historique de la conformité :**

2022-11-03 NCA – 3577, ordre de conformité aux termes du paragraphe 6 (7) de la LRSLD (2021)

2023-08-14 NCA – 20 788, ordre de conformité aux termes du paragraphe 6 (7) de la LRSLD (2021)

**Il s'agit de la première fois que le titulaire de permis ne respecte pas l'exigence en question.**

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

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

**ORDRE DE CONFORMITÉ OC n° 005 – Politique visant à**

## promouvoir la tolérance zéro

Problème de conformité n° 015 – Ordre de conformité aux termes de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021).

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

Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

Paragraphe 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.

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

Le titulaire de permis doit s'assurer de ce qui suit :

A) Réexaminer et réviser la politique du titulaire de permis intitulée prévention des mauvais traitements et de la négligence (*Prevention of Abuse and Neglect*). La politique devrait être révisée pour comporter toutes les exigences figurant à l'article 103 du Règlement de l'Ontario 246/22.

B) Donner de la formation à l'infirmière ou à l'infirmier autorisé (IA) concernant la politique du titulaire de permis intitulée prévention des mauvais traitements et de la négligence (*Prevention of Abuse and Neglect*), et notamment concernant d'une part l'obligation de faire immédiatement rapport au directeur des allégations de mauvais traitements, et d'autre part le processus du titulaire de permis pour faire ces rapports.

C) Consigner dans un dossier la formation donnée à la ou au IA, et notamment la date de la formation, les documents de formation et le nom de la personne qui a donné la formation.

D) Donner, à tous les gestionnaires, superviseuses et superviseurs, de la formation sur la politique du titulaire de permis relative à la prévention des mauvais

traitements et de la négligence, et notamment sur le processus visant à protéger les personnes résidentes contre les mauvais traitements et la négligence une fois qu'une allégation est faite, sur le processus d'enquête interne et de mesure disciplinaire. Consigner dans un dossier la formation donnée aux gestionnaires, aux superviseuses et superviseurs, en indiquant notamment la date de la formation et les documents de formation.

#### Motifs

1) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la politique intitulée prévention des mauvais traitements et de la négligence (*Prevention of Abuse and Neglect*) fût respectée.

Plus précisément, la politique visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes : enquête et conséquences (*Zero Tolerance of Resident Abuse and Neglect : Investigation and Consequences*) indiquait que, dans les cas où l'on fait une allégation de mauvais traitements ou de négligence contre un membre du personnel, on devrait l'aviser immédiatement qu'on le retire de l'horaire de travail pendant l'enquête. La politique indiquait en outre que le personnel qui ne fait pas rapport de mauvais traitements ou d'une négligence en temps opportun ferait l'objet d'une mesure correctrice.

Deux allégations de mauvais traitements ont été faites par la mandataire ou le mandataire spécial (MS) d'une personne résidente concernant deux quarts de travail. Une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) et une assistante ou un assistant en soins aux personnes résidentes ont fait la prestation de soins à la personne résidente lors du premier quart de travail, et la PSSP s'est de nouveau occupée de la personne résidente le lendemain. Les horaires du personnel indiquaient que l'on n'a jamais mis en congé la PSSP et l'assistante ou l'assistant en

soins aux personnes résidentes pendant le déroulement de l'enquête. La ou le DSI intérimaire a confirmé que ces personnes n'avaient pas été mises en congé, car elles n'étaient pas au courant de cette politique ou de cette pratique. La ou le DSI intérimaire a déclaré en outre que l'assistante ou l'assistant en soins aux personnes résidentes n'a pas été impliqué dans l'enquête et n'a pas fait l'objet d'une mesure correctrice en dépit de sa présence lors de l'incident de cas allégué de mauvais traitements pendant le premier quart de travail, et en dépit du fait de ne pas avoir fait rapport de l'incident. L'administratrice ou l'administrateur a déclaré que l'ancienne directrice ou l'ancien directeur des soins infirmiers (DSI) avait mis en place cette politique et qu'elle aurait été en vigueur au moment de cette allégation.

Sources : Politique visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes : enquête et conséquences (*Zero Tolerance of Resident Abuse and Neglect : Investigation and Consequences*), emploi du temps du personnel, incidents critiques, entretiens avec la ou le DSI intérimaire, l'administratrice ou l'administrateur et un autre membre du personnel.

2) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une infirmière ou un infirmier autorisé (IA) respectât la politique du titulaire de permis visant à promouvoir la tolérance de zéro en matière de mauvais traitements et négligence.

Plus précisément, la politique intitulée tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes – intervention et signalement (*Zero Tolerance of Resident Abuse and Neglect Response and Reporting*) qui indiquait que l'infirmière ou l'infirmier autorisé devait téléphoner à la ou au responsable de garde, ou bien à sa remplaçante ou à son remplaçant, dès qu'il ou

elle soupçonne des mauvais traitements ou de la négligence envers une personne résidente ou dès qu'il ou elle en prend connaissance.

Une infirmière ou un infirmier autorisé (IA) a déclaré ne pas avoir téléphoné à la ou au responsable de garde ou bien à sa remplaçante ou à son remplaçant quand il ou elle a eu connaissance d'une allégation de mauvais traitements d'une personne résidente de la part d'une personne résidente.

Ne pas signaler immédiatement des incidents de mauvais traitements d'une personne résidente de la part d'une personne résidente à la superviseure ou au superviseur ou bien à la ou au responsable de garde retarde leur enquête et l'obligation de faire rapport au directeur.

Sources : Examen de la politique du titulaire de permis, rapport du Système de rapport d'incidents critiques (SIC), et entretien avec une ou un IA et un autre membre du personnel.

3) Le titulaire de permis n'a pas respecté la politique écrite du foyer intitulée tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence aux termes de l'article 25.

Plus précisément, le personnel n'a pas respecté la politique du titulaire de permis intitulée tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes : enquête et conséquences (*Zero Tolerance of Resident Abuse and Neglect : Investigation and Conséquences*). Cette politique exigeait, dans les cas où l'on fait une allégation de négligence visant une employée ou un employé, que cette personne soit mise en congé rémunéré pendant le déroulement de l'enquête.

Un rapport du Système de rapport d'incidents critiques (SIC) a été soumis concernant une allégation de négligence envers quatre personnes résidentes de la part d'une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP). Un examen de l'horaire de la PSSP montrait qu'elle avait travaillé au foyer pendant que l'on menait l'enquête interne.

Ainsi, parce que la PSSP n'avait pas été mise en congé rémunéré pendant le déroulement de l'enquête, les personnes résidentes étaient susceptibles d'être victimes de négligence persistante.

Sources : Examen de la politique du titulaire de permis intitulée tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes : enquête et conséquences (*Zero Tolerance of Resident Abuse and Neglect: Investigation and Consequences*); notes d'enquête du foyer; horaire de la PSSP et entretien avec la ou le DSI intérimaire.

4) Le titulaire de permis n'a pas respecté la politique écrite du foyer intitulée mauvais traitements et négligence aux termes de l'article 25. Plus précisément, la politique du foyer intitulée tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes : enquête et conséquences *Zero Tolerance of Resident Abuse and Neglect : Investigation and Consequences*) exigeait que le personnel d'encadrement informe immédiatement l'employé(e) de son retrait de l'horaire de travail, avec salaire, pendant le déroulement de l'enquête.

Une allégation de mauvais traitements d'une personne résidente de la part d'une PSSP a été portée à l'attention de la ou du DSI intérimaire et une enquête a eu lieu. La PSSP a continué de fournir des soins à la personne résidente pendant l'enquête sans avoir été immédiatement mise en congé rémunéré pendant le déroulement de

l'enquête.

Sources : Politique du foyer intitulée tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes : enquête et conséquences (*Zero Tolerance of Resident Abuse and Neglect : Investigation and Consequences*), rapport du document d'enquête sur la personne résidente, notes d'enquête du foyer. Entretiens avec la PSSP, et la ou le DSI intérimaire.

5) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la politique intitulée tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence (*Zero Tolerance of Abuse and Neglect*) fût respectée.

Plus précisément, la politique du titulaire de permis relative à la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence, intitulée tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence : enquête et conséquences (*Zero Tolerance of Resident Abuse and Neglect : Investigation and Consequences*) indiquait, dans les cas où l'on fait une allégation de négligence visant une employée ou un employé, que cette personne soit mise en congé rémunéré pendant le déroulement de l'enquête.

Un rapport du Système de rapport d'incidents critiques concernant une allégation de négligence d'une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) envers une personne résidente indiquait que la PSSP n'avait pas été mise en congé rémunéré pendant le déroulement de l'enquête.

En ne respectant pas la politique du titulaire de permis consistant à mettre en congé rémunéré la PSSP pendant le déroulement de l'enquête, les personnes résidentes

étaient susceptibles d'être victimes de négligence persistante.

Sources : Examen de la politique intitulée tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence : enquête et conséquences (*Zero Tolerance of Resident Abuse and Neglect : Investigation and Consequences*), rapport du Système de rapport d'incidents critiques, et entretien avec la directrice ou le directeur intérimaire des soins infirmiers (DSI) et la superviseure ou le superviseur de la PSSP.

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

## ORDRE DE CONFORMITÉ n° 006 – Formation complémentaire – personnel chargé des soins directs

Problème de conformité n° 016 – Ordre de conformité aux termes de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021).

Non-respect du paragraphe 82 (7) de la LRSLD (2021)

Formation

Paragraphe 82 (7). Le titulaire de permis veille à ce que tout le personnel qui fournit des soins directs aux résidents reçoive, comme condition pour continuer d'avoir des contacts avec les résidents, une formation dans les domaines énoncés aux dispositions suivantes, aux moments ou aux intervalles que prévoient les règlements :

1. Le dépistage et la prévention des mauvais traitements.
2. Les questions de santé mentale, y compris les soins aux personnes atteintes de démence.
3. La gestion des comportements.
4. La façon de réduire au minimum l'utilisation de la contention sur les résidents et, si la contention se révèle nécessaire, la façon de l'utiliser conformément à la

présente loi et aux règlements.

5. Les soins palliatifs.

6. Les autres domaines que prévoient les règlements.

**L'inspectrice ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de**

conformité [alinéa 155 (1) a) de la LRSLD (2021)] :

Le titulaire de permis doit s'assurer de ce qui suit :

1) Concevoir et effectuer une vérification pour recenser tous les membres du personnel chargé des soins directs, et notamment les deux personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP), qui n'ont pas terminé la formation annuelle conformément au paragraphe 82 (7) de la LRSLD (2021).

2) Consigner dans un dossier la vérification effectuée.

3) Donner une formation annuelle conformément au paragraphe 82 (7) de la LRSLD (2021) à tout le personnel chargé des soins directs qui est mentionné dans les vérifications, y compris aux deux PSSP.

4) Consigner obligatoirement la formation dans un dossier, en mentionnant les documents de formation, la date de la formation, qui l'a donnée, et le nom de tous les membres du personnel qui y ont assisté.

**Motifs**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que tout le personnel qui fournissait des soins directs aux personnes résidentes reçût une formation annuelle, comme condition pour continuer d'avoir des contacts avec les personnes résidentes.

Un examen des rapports d'étape de la compagnie Surge Learning concernant l'achèvement de la formation pour l'année 2023 indiquait que deux personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP) n'avaient reçu aucune formation annuelle. En outre, un examen des fiches d'achèvement des cours de la compagnie Surge Learning pour l'année 2023 indiquait ce qui suit :

- 38 des 198 membres du personnel n'avaient pas reçu leur formation annuelle relative aux mauvais traitements et à la négligence envers les personnes résidentes.
- 28 des 198 membres du personnel n'avaient pas reçu leur formation annuelle relative aux comportements réactifs.

Un entretien avec une PSSP et avec l'agente ou l'agent principal de perfectionnement du personnel/l'agente ou l'agent de santé et de sécurité au travail indiquait que de nombreux membres du personnel n'avaient pas reçu leur formation annuelle en 2023.

Sources : Examen des rapports d'étape de la compagnie Surge Learning concernant l'achèvement de la formation, et entretien avec l'agente ou l'agent de perfectionnement du personnel/l'agente ou l'agent de santé et de sécurité au travail, avec une PSSP et un autre membre du personnel.

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

## ORDRE DE CONFORMITÉ n° 007 – Soins buccaux

Problème de conformité n° 017 – Ordre de conformité aux termes de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021).

Non-respect **de l'alinéa 38 (1) a) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Soins buccaux

Paragraphe 38 (1). Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque résident du foyer reçoive des soins buccaux lui permettant de conserver l'intégrité des tissus buccaux. On entend notamment ce qui suit par soins buccaux :

- a) les soins de la bouche matin et soir, notamment le nettoyage des prothèses dentaires;

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

Le titulaire de permis doit faire ce qui suit :

A) Effectuer une fois par semaine pendant quatre semaines une vérification qui réexamine les soins des sept jours et soirs précédents pour les deux personnes résidentes, afin de veiller à ce qu'elles reçoivent des soins buccaux le matin et le soir.

B) Documenter les vérifications effectuées, en indiquant notamment les constatations, et toute mesure correctrice prise en fonction des résultats des vérifications.

#### Motifs

1) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un membre du personnel fournisse des soins buccaux à une personne résidente le matin et le soir pendant deux semaines, ce qui a provoqué une diminution de l'intégrité des tissus buccaux. La personne résidente a nécessité une intervention pour traiter les problèmes buccaux en question.

Sources : Examen du dossier médical électronique d'une personne résidente, dossier d'enquête interne, et entretiens avec des PSSP, une ou un IA, une ou un IAA et la ou le DSI intérimaire.

2) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un membre du personnel fournisse des soins buccaux à une personne résidente le matin et le soir pendant deux semaines, ce qui a provoqué une diminution de l'intégrité des tissus buccaux. La personne résidente a nécessité une intervention pour traiter les problèmes buccaux en

question.

Sources : Examen du dossier médical électronique d'une personne résidente, dossier d'enquête interne, et entretiens avec une ou un IA, une PSSP, une ou un IAA et la ou le DSI intérimaire.

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

## ORDRE DE CONFORMITÉ n° 008 – Techniques de transfert et de changement de position

Problème de conformité n° 018 – Ordre de conformité aux termes de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021).

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

Techniques de transfert et de changement de position

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

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

Le titulaire de permis doit s'assurer de ce qui suit :

A) Les trois personnes résidentes déterminées et toute autre personne résidente nécessitant un harnais de toilette pour les soins liés à l'incontinence sont réévaluées pour leur sécurité lorsqu'elles sont assises sur la toilette sans soutien de la part du

personnel.

B) Donner, à tout le personnel chargé des soins directs qui s'occupe des soins des trois personnes résidentes déterminées, de la formation sur l'utilisation du harnais et du lève-personne mécanique comme dispositifs ou techniques de transfert et de changement de position quand ce personnel aide des personnes résidentes

C) Effectuer des vérifications pendant deux semaines pour veiller à ce que les trois personnes résidentes et toute autre personne résidente ne soient pas laissées suspendues au lève-personne pendant les soins en matière d'élimination ou bien lorsqu'elles sont assises ou couchées dans un lit ou sur un fauteuil roulant.

D) Consigner dans un dossier tout ce qui est exigé aux points A, B et C jusqu'à ce que le ministère des Soins de longue durée estime que le titulaire de permis s'est conformé présent ordre.

#### Motifs

1) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une PSSP utilisât des techniques de transfert sécuritaires quand elle transférait une personne résidente d'un fauteuil roulant à la toilette sans l'aide d'un autre membre du personnel. Le programme de soins de la personne résidente indiquait qu'elle nécessitait deux membres du personnel et un lève-personne mécanique pour tous les transferts.

Sources : Programme de soins de la personne résidente. Entretien avec une PSSP.

2) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une PSSP utilisât des techniques de changement de position sécuritaires lorsqu'elle aidait une personne résidente pour la mobilité au lit. Le programme de soins de la personne résidente indiquait qu'elle

nécessitait deux membres du personnel pour la changer de position toutes les deux heures. Une PSSP a indiqué qu'elle aidait la personne résidente en matière de mobilité au lit sans l'aide du deuxième membre du personnel.

Sources : Programme de soins d'une personne résidente, notes d'enquête du foyer et entretien avec une PSSP.

3) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel utilisât des techniques de transfert sécuritaires quand on aidait une personne résidente à passer de son fauteuil roulant à son lit à l'aide d'un lève-personne fixé au plafond.

Sources : Rapport d'incident critique et entretiens avec une ou un IAA, et l'administratrice adjointe ou l'administrateur adjoint des Opérations.

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

## RENSEIGNEMENTS SUR LA RÉVISION/L'APPEL

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

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

La demande écrite de révision doit comprendre :

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

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

Directeur

a/s du coordonnateur des appels

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 d'Ottawa**

347, rue Preston, bureau 410  
Ottawa, ON K1S 3J4  
Téléphone : 877 779-5559

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

Ministère des Soins de longue durée

438, avenue University, 8<sup>e</sup> étage

Toronto (Ontario) M7A 1N3

Courriel : [MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca](mailto:MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca)

Si la signification se fait :

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

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

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

- a) un ordre donné par le directeur en vertu des articles 155 à 159 de la Loi;
- b) un APA délivré par le directeur en vertu de l'article 158 de la Loi;

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 d'Ottawa**

347, rue Preston, bureau 410  
Ottawa, ON K1S 3J4  
Téléphone : 877 779-5559

c) la décision de révision du directeur, rendue en vertu de l'article 169 de la Loi, concernant l'ordre de conformité (art. 155) ou l'APA (art. 158) d'un inspecteur.

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

**Commission d'appel et de révision des services de santé**

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

Directeur  
a/s du coordonnateur des appels  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée  
Ministère des Soins de longue durée  
438, avenue University, 8<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario) M7A 1N3  
Courriel : [MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca](mailto: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](http://www.hsarb.on.ca).