

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

## Rapport public modifié Page de couverture (A1)

**Date d'émission du rapport modifié :** 2 mai 2024

**Date d'émission du rapport initial :** 5 mars 2024

**Numéro d'inspection :** 2024-1361-0001 (A1)

**Type d'inspection :**

Incident critique

**Titulaire de permis** Yee Hong Centre for Geriatric Care

**Foyer de soins de longue durée et ville :** Centre Yee Hong – Markham, Markham

**Modifié par**  
Nicole Lemieux (721709)

**Signature numérique de  
l'inspectrice / l'inspecteur qui  
a modifié le rapport**



## RÉSUMÉ D'INSPECTION MODIFIÉE

Ce rapport a été modifié pour : annuler l'ordre de conformité n° 001 de l'inspection n° 2024\_1361\_0001.

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

## Rapport public modifié (A1)

<b>Date d'émission du rapport modifié :</b> 2 mai 2024	
<b>Date d'émission du rapport initial :</b> 5 mars 2024	
<b>Numéro d'inspection :</b> 2024-1361-0001 (A1)	
<b>Type d'inspection :</b> Incident critique	
<b>Titulaire de permis</b> Yee Hong Centre for Geriatric Care	
<b>Foyer de soins de longue durée et ville :</b> Centre Yee Hong – Markham, Markham	
<b>Inspectrice principale/Inspecteur principal</b> Suzanna McCarthy (000745)	<b>Autres inspectrices ou inspecteurs</b> Nicole Lemieux (721709)
<b>Modifié par</b> Nicole Lemieux (721709)	<b>Signature numérique de l'inspectrice / l'inspecteur qui a modifié le rapport</b> Nicole S Lemieux <small>signé numériquement par Nicole S</small>

## RÉSUMÉ D'INSPECTION MODIFIÉE

Ce rapport a été modifié pour : annuler l'ordre de conformité n° 001 de l'inspection n° 2024\_1361\_0001.

## RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 29 au 31 janvier 2024 et les 1<sup>er</sup>, 2 et du 5 au 8 février 2024

L'inspection concernait cette inspection d'incident critique :

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

- Un dossier concernant des allégations de soins inadéquats prodigués à une personne résidente.
- Deux dossiers concernant la mort inattendue de personnes résidentes.

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

Alimentation, nutrition et  
hydratation  
Foyer sûr et sécuritaire  
Prévention et contrôle des  
infections  
Prévention des mauvais traitements et de négligence  
Limites/Gestion des appareils d'aide personnelle

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### Non-respect rectifié

Le **non-respect** d'une exigence a été constaté lors de cette inspection, mais le titulaire de permis l'a **rectifié** avant l'issue de l'inspection. L'inspectrice est satisfaite que le non-respect était conforme au paragraphe 154 (2) et ne nécessitait aucune autre mesure à prendre.

Non-respect n° 001 rectifié conformément aux termes du paragraphe 154 (2) de la LRSLD (2021)

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

Service de restauration et de collation

s. 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 :

1. La communication des menus hebdomadaires et quotidiens aux résidents.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le menu hebdomadaire approprié soit affiché dans une salle à manger.

#### **Justification et résumé**

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**

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

L'inspectrice a constaté que deux repas culturels étaient inexacts dans le menu hebdomadaire affiché dans la salle à manger des personnes résidentes. Il a été constaté que les menus quotidiens appropriés ont été affichés dans la salle à manger. Le personnel du service de restauration a confirmé que les menus hebdomadaires affichés ne correspondaient pas au cycle et qu'ils auraient dû être mis à jour pour refléter le cycle actuel.

Le fait de ne pas communiquer le menu hebdomadaire approprié aux personnes résidentes peut les empêcher de profiter du service de repas.

Il a été constaté, le 6 février 2024, que le cycle approprié des menus hebdomadaires était affiché dans la salle à manger.

**Sources :** observations, entretien avec le personnel.

[000745] Date de la rectification apportée : 6 février 2024

Non-respect n° 002 rectifié conformément aux termes du paragraphe 154 (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.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les deux réfrigérateurs contenant les aliments personnels des personnes résidentes dans une salle d'activité soient verrouillés en permanence.

**Justification et résumé**

Lors d'une observation, il a été constaté qu'une affiche indiquant que les réfrigérateurs devaient être verrouillés à tout moment était placée sur deux réfrigérateurs destinés aux personnes résidentes dans une salle d'activités. Il a été constaté que les cadenas de ces réfrigérateurs n'étaient pas verrouillés. Le personnel autorisé a confirmé à l'inspectrice que les réfrigérateurs devaient être verrouillés et a déclaré que les membres du personnel étaient très occupés et n'avaient pas eu le temps de s'assurer que les réfrigérateurs étaient verrouillés.

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Aucune personne résidente n'a été observée en train d'essayer d'accéder aux réfrigérateurs non verrouillés.

Le membre du personnel a montré à l'inspectrice les réfrigérateurs qui contenaient divers récipients d'aliments destinés aux personnes résidentes, puis il a fermé et verrouillé les deux réfrigérateurs.

**Sources** : observations, entretien avec le personnel.

[000745] Date de la rectification apportée : 2 février 2024

## AVIS ÉCRIT : LES EXIGENCES LIÉES À LA CONTENTION AU MOYEN D'UN APPAREIL MÉCANIQUE

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

### **Non-respect : du paragraphe 119 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Exigences : contention au moyen d'un appareil mécanique

s. 119 (2) Le titulaire de permis veille à ce que les exigences suivantes soient respectées lorsqu'un résident est maîtrisé au moyen d'un appareil mécanique en vertu de l'article 35 de la Loi :

1. Le personnel n'a recours à l'appareil mécanique que si un médecin ou encore une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé de la catégorie supérieure l'a ordonné ou approuvé.
2. Le personnel a recours à l'appareil mécanique conformément aux instructions précisées par le médecin ou par l'infirmière autorisée ou l'infirmier autorisé de la catégorie supérieure.
3. Le résident qui est maîtrisé est surveillé au moins une fois l'heure par un membre du personnel infirmier autorisé ou par un autre membre du personnel qui est autorisé à cette fin par un membre du personnel infirmier autorisé.
4. Le résident est dégagé de l'appareil et changé de position au moins toutes les deux heures. (Cette exigence ne s'applique toutefois pas lorsque les côtés de lit sont utilisés si le résident peut lui-même changer de position.)
5. Le résident est dégagé et changé de position à tout autre moment si cela s'impose compte tenu de son état ou de sa situation.
6. L'état du résident n'est réévalué et l'efficacité de la mesure de contention n'est évaluée que par un médecin, une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé 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<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

catégorie supérieure traitant le résident ou un membre du personnel infirmier autorisé, au moins toutes les huit heures et à tout autre moment si cela s'impose compte tenu de l'état ou de la situation du résident.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les exigences suivantes soient respectées lors de la contention au moyen d'un appareil mécanique d'une personne résidente, en vertu de l'article 35 de la Loi :

1. Le personnel n'a recours à l'appareil mécanique que si un médecin ou encore une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé de la catégorie supérieure l'a ordonné ou approuvé.
2. Le personnel a recours à l'appareil mécanique conformément aux instructions précisées par le médecin ou par l'infirmière autorisée ou l'infirmier autorisé de la catégorie supérieure.
3. Le résident qui est maîtrisé est surveillé au moins une fois l'heure par un membre du personnel infirmier autorisé ou par un autre membre du personnel qui est autorisé à cette fin par un membre du personnel infirmier autorisé.
4. Le résident est dégagé de l'appareil et changé de position au moins toutes les deux heures.
5. Le résident est dégagé et changé de position à tout autre moment si cela s'impose compte tenu de son état ou de sa situation.
6. L'état du résident n'est réévalué et l'efficacité de la mesure de contention n'est évaluée que par un médecin, une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé de la catégorie supérieure traitant le résident ou un membre du personnel infirmier autorisé, au moins toutes les huit heures et à tout autre moment si cela s'impose compte tenu de l'état ou de la situation du résident.

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

**Justification et résumé**

Lors d'une observation, il a été constaté qu'une personne résidente était retenue à l'aide d'un appareil de contention mal ajusté. Au moment de l'observation, la personne résidente était nourrie par un membre du personnel qui a indiqué que l'appareil de contention avait été desserré, car la personne résidente bouge fréquemment sur son appareil de mobilité. Il a été constaté que l'appareil de contention était encore desserré lors de trois observations ultérieures. La personne résidente présentait des troubles physiques et cognitifs.

La politique du foyer sur la réduction au minimum des mesures de contention et d'isolement des résidents (Minimizing restraints and confinement of residents) définit les contentions comme : tous les appareils utilisés par le foyer qui restreignent la liberté de mouvement ou l'accès normal au corps. Une personne résidente peut être immobilisée par un appareil mécanique si l'immobilisation de la personne résidente est prévue dans son programme de soins. L'utilisation d'un appareil mécanique dont la personne résidente est physiquement et cognitivement capable de se libérer ne constitue pas une contention ou un confinement de la personne résidente.

L'examen des dossiers de la personne résidente a révélé l'absence des documents suivants requis pour l'application d'une contention physique :

l'ordonnance du médecin pour la contention, le consentement signé du mandataire spécial de la personne résidente, le dossier des solutions envisagées avant le recours à la contention, un dossier indiquant que la personne résidente est surveillée chaque heure par un membre du personnel autorisé ou par une personne désignée, un dossier indiquant que l'appareil de contention de la personne résidente a été retiré toutes les deux heures (au minimum), un dossier sur le repositionnement de la personne résidente par rapport à la contention et le dossier de la réévaluation de l'efficacité de la contention. L'absence de ces documents a également été confirmée lors d'un entretien avec le directeur adjoint ou la directrice adjointe des soins aux personnes résidentes.

Le physiothérapeute (pht), l'ergothérapeute et le directeur adjoint ou la directrice adjointe des soins aux personnes résidentes ont vérifié que la contention devait être portée de manière à être proche du corps de la personne résidente. Le fait de ne pas maintenir la contention de cette manière a créé un risque de préjudice pour 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<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

personne résidente. L'ergothérapeute et le physiothérapeute ont tous deux indiqué que l'utilisation de ce type de contention n'était pas courante en raison du risque accru de préjudice des personnes résidentes. L'ergothérapeute et le physiothérapeute ont également confirmé que la procédure consistait à mettre à l'essai d'autres méthodes de contention avant d'appliquer cette forme de contention, mais rien n'indique que d'autres solutions aient été envisagées dans les dossiers cliniques de la personne résidente. L'absence de dossiers a également été confirmée par le directeur adjoint ou la directrice adjointe des soins aux personnes résidentes.

L'ergothérapeute a affirmé qu'il s'agissait d'un appareil d'aide personnelle et que la personne résidente était en mesure de s'en libérer à sa guise. L'inspectrice, ainsi que l'inspectrice n° 721709, ont accompagné l'ergothérapeute dans la salle à manger pour lui demander de démontrer la capacité de la personne résidente à se libérer de l'appareil par elle-même. Après des incitations verbales et physiques répétées de l'ergothérapeute, la personne résidente ne s'est pas libérée.

Les directives du fabricant précisent que si une personne résidente a du mal à se libérer de l'équipement, celui-ci est considéré comme une contention et ne doit pas être utilisé.

Le fait de ne pas veiller à ce que toutes les exigences soient respectées en ce qui concerne l'application, l'utilisation et la surveillance des moyens de contention a eu une incidence sur la liberté de mouvement de la personne résidente et a entraîné un risque accru de blessure ou de décès pour la personne résidente.

**Sources :** dossiers cliniques de la personne résidente; entretiens avec le personnel; observations; politique relative à la réduction des contentions et du confinement des personnes résidentes; directives du fabricant. [000745]

**AVIS ÉCRIT : SERVICE DE RESTAURATION ET DE COLLATION**

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

**Non-respect de : l'alinéa 79 (1) 9 du Règl. de l'Ont. 246/22**

Service de restauration et de collation

Paragraphe 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 :



**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

9. Des techniques adéquates pour aider les résidents à manger, notamment le positionnement sécuritaire des résidents qui ont besoin d'aide.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un membre du personnel autorisé utilise les techniques appropriées pour aider une personne résidente à s'alimenter.

**Justification et résumé**

Lors d'une observation au cours d'un repas, l'inspectrice a vu un membre du personnel autorisé se tenir à côté d'une personne résidente pendant qu'il l'aidait à s'alimenter. Le membre du personnel autorisé a indiqué qu'il se tenait debout en raison d'un problème de santé. Le membre du personnel autorisé a reconnu que le fait de se tenir debout pour nourrir la personne résidente était une technique d'alimentation inappropriée et a indiqué qu'il cesserait immédiatement cette pratique. Peu de temps après, l'inspectrice a constaté que le même membre du personnel se tenait toujours debout pour nourrir la personne résidente malgré la discussion précédente.

Le directeur adjoint ou la directrice adjointe des soins aux personnes résidentes a indiqué qu'à moins qu'un membre du personnel ne bénéficie d'une mesure d'adaptation, il doit être assis lorsqu'il aide les personnes résidentes à s'alimenter. Le directeur adjoint ou la directrice adjointe des soins aux personnes résidentes a confirmé que le fait de se tenir debout pour nourrir une personne résidente augmentait le risque d'étouffement pour cette dernière. Le directeur adjoint ou la directrice adjointe des soins aux personnes résidentes a également confirmé qu'il n'y avait pas de mesures d'adaptation en place pour ce membre du personnel autorisé et qu'il aurait dû être assis pour fournir une aide alimentaire à la personne résidente, conformément à la politique du foyer.

Le fait de ne pas appliquer les techniques d'alimentation appropriées, et notamment de ne pas s'asseoir pour nourrir la personne résidente, expose cette dernière à un risque accru d'étouffement.

**Sources** : observations, entretiens avec le personnel. [000745]

**AVIS ÉCRIT : SERVICE DE RESTAURATION ET DE COLLATION**

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

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**

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

**Non-respect de : l'alinéa 79 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Service de restauration et de collation

Paragraphe 79 (2) Le titulaire de permis veille à ce qui suit : b) aucun repas n'est servi à un résident qui a besoin d'aide pour manger ou boire avant que quelqu'un soit disponible pour lui fournir l'aide dont il a besoin.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente ne reçoive pas de repas tant que le personnel n'était pas disponible pour lui fournir l'aide alimentaire nécessaire.

**Justification et résumé**

Lors d'une observation dans la salle à manger destinée aux personnes résidentes, le plateau-repas d'une personne résidente a été placé sur sa table sans que le personnel soit présent pour l'aider à se nourrir. Il a été observé que le plateau-repas de la personne résidente est resté sur la table pendant une période prolongée au cours de laquelle la personne résidente ne recevait pas d'aide à l'alimentation.

La directive du FSLD de bonnes pratiques pour promouvoir une alimentation sûre (Best Practices for Promoting Safe Feeding) indique que toute personne résidente ayant besoin d'aide pour manger ou boire ne se voit pas servir de repas tant qu'il n'a pas reçu d'aide.

Le directeur adjoint ou la directrice adjointe des soins aux personnes résidentes a confirmé que la nourriture des personnes résidentes ne devait pas rester sur la table pendant plus de 5 minutes sans que le personnel soit disponible pour fournir une aide à l'alimentation. Le personnel des services de restauration a confirmé que le repas d'une personne résidente ne doit pas être laissé pendant plus de 5 minutes, car après ce délai, les aliments ne sont plus consommés à la température voulue et il y a un risque de contamination.

Le fait de ne pas veiller à ce qu'une personne résidente ne se voie pas servir un repas tant que le personnel n'est pas en nombre suffisant pour lui apporter l'aide nécessaire diminue le plaisir du repas et augmente le risque de contamination des aliments.

**Sources :** observations, programme de soins de la personne résidente, entretiens avec le personnel et directive sur les bonnes pratiques pour promouvoir une alimentation sûre (Best Practices for Promoting Safe Feeding) (annexe A). [000745]

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

## AVIS ÉCRIT : RAPPORTS : INCIDENTS GRAVES

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

### **Non-respect de : l'alinéa 115 (1) 2 du Règl. de l'Ont. 246/22**

Rapports d'incidents critiques

Paragraphe 115 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille, d'une part, à immédiatement informer le directeur, de façon aussi détaillée que possible dans les circonstances, des incidents suivants et, d'autre part, à faire suivre le rapport exigé au paragraphe (5) :

2. Un décès inattendu ou soudain, notamment un décès résultant d'un accident ou d'un suicide.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la directrice soit immédiatement informée du décès inattendu d'une personne résidente.

### **Justification et résumé**

Un incident critique a été soumis au directeur ou à la directrice pour le décès inattendu d'une personne résidente. Aucun message n'a été envoyé au ministère des Soins de longue durée (MSLD) au moyen du téléavertisseur après les heures de bureau et le directeur adjoint ou la directrice adjointe des soins aux personnes résidentes a confirmé que l'incident n'avait pas été immédiatement signalé à la directrice.

Le fait de ne pas signaler immédiatement à la directrice le décès inattendu d'une personne résidente n'a entraîné aucun risque ni aucune conséquence pour la personne résidente.

**Sources** : incident critique et entretien avec le directeur adjoint ou la directrice adjointe des soins aux personnes résidentes. [721709]

## AVIS ÉCRIT : PLANS D'URGENCE

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

### **Non-respect de : l'alinéa 268 (8) a) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Plans de mesures d'urgence

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

s. 268 (8) Le titulaire de permis veille à ce que les plans de mesures d'urgence du foyer soient évalués et mis à jour comme suit :

(a) au moins une fois par année, notamment la mise à jour de toutes les coordonnées des entités visées à la disposition 4 du paragraphe 268 (4);

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les plans d'urgence du foyer, en particulier le code bleu – plan d'urgence médicale, soient évalués et mis à jour au moins une fois par an.

**Justification et résumé**

Un incident grave a été soumis à la directrice pour le décès inattendu d'une personne résidente.

Le plan d'urgence médicale du foyer, en particulier le code bleu – plan d'urgence médicale, a été examiné. La dernière date de révision du plan était juin 2021. Le directeur adjoint ou la directrice adjointe des soins aux personnes résidentes a confirmé qu'il s'agissait de la dernière date d'évaluation et de mise à jour du plan.

Le fait de ne pas avoir évalué et mis à jour le plan d'urgence médicale – code bleu a présenté un risque et des répercussions potentiels pour les personnes résidentes, car le foyer pourrait ne pas avoir utilisé les pratiques actuelles pour soutenir les personnes résidentes en cas d'urgence médicale.

**Sources :** la politique du foyer du plan d'urgence médicale – code bleu (Code Blue – Medical Emergency), révisée en juin 2021, et l'entretien avec le directeur adjoint ou la directrice adjointe des soins aux personnes résidentes. [721709]

## AVIS ÉCRIT : PLANS D'URGENCE

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

**Non-respect de : l'alinéa 268 (10) d) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Plans de mesures d'urgence

Paragraphe 268 (10) Le titulaire de permis doit :

(d) conserver une trace écrite des tests effectués sur les plans d'urgence et les plans d'évacuation, ainsi que des modifications apportées pour améliorer les plans.

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un registre des tests effectués sur les plans d'urgence et des modifications apportées pour améliorer les plans, en particulier le plan de code bleu, soit conservé.

**Justification et résumé**

Un incident grave a été soumis à la directrice pour le décès inattendu d'une personne résidente. La politique du foyer en matière d'urgence médicale, en particulier la politique du plan d'urgence médicale – code bleu (Code Blue – Medical Emergency), a été examinée.

À plusieurs reprises, l'inspectrice a demandé au foyer de lui fournir le compte rendu écrit des tests et des modifications apportées pour améliorer les plans. Des documents comprenant le calendrier des plans d'urgence en cas de catastrophe, ainsi que les registres de présence du personnel à la formation à l'aspiration et à la formation au code bleu ont été fournis. Aucun document attestant des tests et des modifications apportées pour améliorer les plans n'a été fourni avant la fin de l'inspection. Le directeur adjoint ou la directrice adjointe des soins aux personnes résidentes a confirmé que le fait de ne pas avoir fourni de dossiers prouvait qu'il n'y avait pas de preuves pour appuyer les tests et les changements apportés afin d'améliorer les plans.

Le fait de ne pas faire de tests et de ne pas consigner par écrit les changements ou les améliorations apportés au plan d'urgence médicale – code bleu a présenté un risque et des répercussions potentielles pour les personnes résidentes, car le foyer n'avait peut-être pas utilisé les pratiques actuelles pour répondre à leurs besoins et les aider en cas d'urgence médicale.

**Sources** : la politique du foyer, du plan d'urgence médicale – code bleu (Code Blue – Medical Emergency), le calendrier de planification des urgences et des catastrophes du foyer, les dossiers de présence des membres du foyer à la formation à l'aspiration ou au code bleu, et l'entretien avec le directeur adjoint ou la directrice adjointe des soins aux personnes résidentes [721709]

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

**(A1)**

**L'ordre ou les ordres suivants ont été annulés : OC N° 001**

**ORDRE DE CONFORMITÉ N° 001 OBLIGATION DE PROTÉGER**

Problème de conformité n° 009 Ordonnance de conformité aux termes de l'alinéa 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.

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

## RENSEIGNEMENTS SUR LA RÉVISION/L'APPEL

### PRENDRE ACTE

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

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

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;
- (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.



**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

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

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

**Directeur**

a/s 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).