



Ministry of Health and
Long-Term Care

Ministère de la Santé et des
Soins de longue durée

Inspection Report under
the *Long-Term Care
Homes Act, 2007*

Rapport d'inspection prévu
par la *Loi de 2007 sur les
foyers de soins de longue
durée*

Health System Accountability and Performance Division
Performance Improvement and Compliance Branch

Division de la responsabilisation et de la performance du
système de santé
Direction de l'amélioration de la performance et de la
conformité

Ottawa Service Area Office
347 Preston St, 4th Floor
OTTAWA, ON, K1S-3J4

Telephone: (613) 569-5602
Facsimile: (613) 569-9670

Bureau régional de services d'Ottawa
347, rue Preston, 4^{ième} étage
OTTAWA, ON, K1S-3J4

Téléphone: (613) 569-5602
Télécopieur: (613) 569-9670

☒ Public Copy/Copie du public		
Date(s) of inspection/Date(s) de l'inspection	Inspection No/ N° de l'inspection	Type of Inspection/Genre d'inspection
2, 5, 6, 7, 9, 13 et 14 novembre 2012	2012_204133_0004	Incident grave
Licensee/Titulaire de permis		
THE ROYALE DEVELOPMENT LP 302, boul. Town Centre, bureau 200, MARKHAM (Ontario) L3R 0E8		
Long-Term Care Home/Foyer de soins de longue durée		
Long-Term Care Home/Foyer de soins de longue durée LEISUREWORLD CAREGIVING CENTRE – MADONNA 1541, boul. St. Joseph, Orleans (Ontario) K1C 7L3		
Name of Inspector(s)/Nom de l'inspecteur ou des inspecteurs		
JESSICA LAPENSÉE (133)		
Inspection Summary/Résumé de l'inspection		
La présente inspection a été menée dans le cadre d'un incident grave. Au cours de l'inspection, l'inspectrice s'est entretenue avec l'administrateur, le directeur des soins, la directrice des services de santé aux pensionnaires, le directeur des services environnementaux, le physiothérapeute, le coordonnateur des soins infirmiers de réadaptation ainsi que le personnel infirmier autorisé et non autorisé. Pendant l'inspection, l'inspectrice a examiné les documents et les dossiers d'inspection liés à l'appareil de levage, les dossiers de présence en service liés aux appareils de transfert et de levage concernant deux préposés aux services de soutien à la personne, les dossiers de santé de pensionnaires et la politique relative aux appareils de levage et aux transferts n° V3-850. L'inspection sur place a eu lieu les 2, 5 et 6 novembre 2012. Les protocoles d'inspection suivants ont été utilisés pendant cette inspection : Intervention en cas d'incident grave Services de soutien à la personne Foyer sûr et sécuritaire On a constaté des manquements relatifs à la conformité au cours de cette inspection.		

Order(s) of the Inspector
Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term
Care Homes Act*, 2(X 7, S.O.
2007, c.8

Ordre(s) de l'inspecteur
Aux termes de l'article 153 et/ou de
l'article 154 de la Loi de 2007 sur
les foyers de soins de longue
durée, L.O. 2007, chap. 8

NON-COMPLIANCE / NON-RESPECT DES EXIGENCES

Legend	Légende
WN — Written Notification VPC — Voluntary Plan of Correction DR DR — Director Referral CO — Compliance Order WAO — Work and Activity Order	AE – Avis écrit PRV – Plan de redressement volontaire RD – Renvoi au directeur OC – Ordre de conformité OTA – Ordres : travaux et activités
Non-compliance with requirements under the Long-Term Care Homes Act, 2007 (LTCHA) was found. (A requirement under the LTCHA includes the requirements contained in the items listed in the definition of "requirement under this Act" in subsection 2(1) of the LTCHA.) The following constitutes written notification of non-compliance under paragraph 1 of section 152 of the LTCHA.	Le non-respect des exigences de la <i>Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée</i> (LFSLD) a été constaté. (Une exigence de la loi comprend les exigences qui font partie des éléments énumérés dans la définition d'« exigence prévue par la présente loi », au paragraphe 2 (1) de la LFSLD. Ce qui suit constitue un avis écrit de non-respect aux termes du paragraphe 1 de l'article 152 de la LFSLD.

AE n° 1 : Le titulaire de permis n'a pas respecté le Règl. de l'Ont. 79/10, art. 36. 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 pensionnaires. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 36

Findings/Faits saillants :

1. Le titulaire de permis n'a pas respecté l'article 36, dans la mesure où il a omis de veiller à ce que les membres du personnel utilisent des appareils ou des techniques de transfert et de changement de position sécuritaires au moment d'aider un pensionnaire.

Un jour de septembre 2012, comme il est signalé dans le rapport d'incident grave (RIG), le pensionnaire n° 001 a fait une chute sur le plancher au moment où on le transférait de son lit à son fauteuil roulant. On a signalé dans le RIG que l'appareil de levage mécanique est tombé sur le côté, ce qui a entraîné la chute du pensionnaire.

Au moment de l'inspection, la directrice des services de santé aux pensionnaires (directrice des SSP) a informé l'inspectrice qu'en raison de déclarations contradictoires des deux membres du personnel (M100 et M101) qui ont participé au transfert du pensionnaire n° 001, on n'avait pas déterminé si l'appareil de levage avait basculé ou non. La directrice des SSP a informé l'inspectrice que son enquête sur l'incident avait permis de conclure que le pensionnaire n° 001 était tombé de sa toile de transfert après avoir effectué un mouvement brusque vers l'avant alors qu'il était au-dessus du fauteuil roulant et que cela semble être survenu avant que l'appareil de levage mécanique puisse avoir basculé ou non.

La directrice des SSP a déclaré que, deux jours après l'incident, elle a interrogé séparément les deux membres du personnel impliqués (M100 et M101). On leur a demandé d'expliquer leur rôle dans le transfert du pensionnaire n° 001. La directrice des SSP a indiqué que les deux membres du personnel lui ont dit qu'ils étaient les opérateurs de l'appareil de levage. Comme l'a décrit la directrice des SSP, chaque membre du personnel a expliqué la façon dont il a placé le pensionnaire sur la toile de transfert, la façon dont il a fixé la toile au crochet et la façon dont il a manœuvré l'appareil de levage mécanique pour le placer au-dessus du fauteuil roulant du pensionnaire n° 001. La directrice des SSP a informé l'inspectrice que les deux membres du personnel lui ont indiqué qu'ils n'avaient pas croisé les courroies pour les jambes avant de fixer celle-ci au crochet. La directrice des SSP a indiqué que les deux membres du personnel lui ont indiqué qu'ils n'avaient pas ouvert la base de l'appareil de levage une fois que le pensionnaire n° 001 était en position au-dessus de son fauteuil roulant. La directrice des SSP a indiqué qu'elle avait participé à la formation sur les appareils de levage et les transferts que les deux membres du personnel ont suivie en juin 2012 et que tous les membres du personnel apprennent à croiser les courroies pour les jambes avant de fixer la toile au crochet et à ouvrir la base de l'appareil de levage quand un pensionnaire est au-dessus d'un fauteuil roulant.

Le foyer a adopté une politique intitulée « Lifts and Transfers — Resident Care » (Appareils de levage et transferts — Soins aux pensionnaires) (n° V3-850). À la page 6 de 10, on donne la directive au personnel participant à un transfert de veiller à ce que deux membres du personnel soient présents, l'un désigné pour manipuler l'appareil et l'autre pour être l'assistant. L'assistant a la directive de guider le pensionnaire sur la toile. La directrice des SSP a expliqué que cela signifie que l'assistant doit soutenir le pensionnaire avec ses mains pendant que ce dernier se trouve sur la toile de transfert, sauf au moment où, par exemple, il place le fauteuil roulant dans la position adéquate. Ni l'un ni l'autre des membres du personnel impliqués dans l'incident n'a indiqué à la directrice des SSP avoir soutenu physiquement le pensionnaire n° 01 pendant le transfert.

L'inspectrice a vérifié si on avait déclaré défectueux ou non sécuritaires, après l'incident, l'appareil de levage mécanique et la toile de transfert ayant servi au transfert du pensionnaire n° 001, et tous deux étaient utilisés au moment de l'inspection.

Le pensionnaire n° 001 est tombé sur la tête après avoir chuté de la toile de transfert et a subi des blessures découlant de cette chute. Les deux membres du personnel ayant procédé au transfert ont omis d'utiliser des techniques de transfert et de positionnement sécuritaires au moment d'aider le pensionnaire n° 001 en ce jour de septembre 2012.

Autres mesures requises

L'OC n° 001 sera signifié au titulaire du permis. Voir formulaire « *Ordre(s) de l'inspecteur* ».

AE n° 2 : Le titulaire de permis n'a pas respecté le Règl. de l'Ont. 79/10, art. 44. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les fournitures, l'équipement et les appareils et dispositifs nécessaires pour répondre aux besoins des pensionnaires en matière de soins infirmiers et de soins personnels soient aisément disponibles au foyer. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 44

Findings/Faits saillants :

1. Le titulaire de permis n'a pas respecté l'article 44, dans la mesure où il a omis de veiller à ce que les appareils nécessaires pour répondre aux besoins des pensionnaires en matière de soins infirmiers et de soins personnels, plus particulièrement une toile de transfert à six boucles, soient aisément disponibles au foyer.

Un jour de septembre 2012, le pensionnaire n° 001 est tombé d'une toile de transfert à quatre boucles au moment où on le transférait de son lit à son fauteuil roulant. Onze jours plus tard, le physiothérapeute du foyer a réexaminé le pensionnaire n° 001 et a conclu qu'il serait plus sécuritaire de le transférer au moyen d'une toile à six boucles en raison de son état physique. Vingt-cinq jours après ce nouvel examen, le foyer a reçu une toile de transfert à six boucles et l'a réservée à l'usage exclusif du pensionnaire n° 001. Au moment de l'inspection, il s'agissait de la seule toile de transfert à six boucles que le foyer possédait.

Au cours de l'inspection faisant suite à un incident grave, le 2 novembre 2012, l'inspectrice s'est rendue à l'unité de soins du pensionnaire n° 001 vers 11 h 30. Le personnel infirmier a informé l'inspectrice que la toile à six boucles destinée au pensionnaire était manquante et que, par conséquent, on avait utilisé une toile à quatre boucles pour transférer le pensionnaire de son lit à son fauteuil roulant ce matin-là.

Au cours de l'inspection découlant d'un incident grave, le 6 novembre 2012, l'inspectrice s'est rendue à l'unité de soins du pensionnaire n° 001 vers 11 h 30. L'inspectrice a remarqué que le pensionnaire n° 001 était toujours dans son lit. Le personnel infirmier n'avait pu trouver la toile de transfert à six boucles réservée à l'usage du pensionnaire n° 001 et, par conséquent, n'avait pas transféré ce dernier de son lit.

Pendant l'inspection, la directrice des services de santé aux pensionnaires a ordonné l'achat d'une deuxième toile de transfert à six boucles à utiliser pour le pensionnaire n° 001.

2. Au cours de l'inspection faisant suite à un incident grave, on a informé l'inspectrice que, le 22 octobre 2012, le physiothérapeute du foyer avait effectué un nouvel examen non consigné de tous les pensionnaires qui exigeaient l'utilisation d'une toile de transfert complète pendant un transfert par appareil de levage mécanique. Ce nouvel examen a été fait à la demande du directeur des soins. On a remis à l'inspectrice une copie d'une liste écrite à la main intitulée « Sling sizing for potential buyers » (grandeurs de toiles pour les appareils potentiels à acheter). Sur cette liste figuraient les noms de 10 pensionnaires actuels (n° 002 à n° 011), suivis par le type et la grandeur de la toile dont chacun avait besoin. Le



Ministry of Health and
Long-Term Care

Order(s) of the Inspector
Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term
Care Homes Act*, 2(X 7, S.O.
2007, c.8

Ministère de la Santé et des
Soins de longue durée

Ordre(s) de l'inspecteur
Aux termes de l'article 153 et/ou de
l'article 154 de la Loi de 2007 sur
les foyers de soins de longue
durée; L.O. 2007, chap. 8

physiothérapeute a évalué qu'il serait plus sécuritaire de transférer chacun de ces pensionnaires au moyen d'une toile à six boucles plutôt qu'au moyen d'une toile à quatre boucles comme c'est actuellement le cas. On a expliqué à l'inspectrice qu'à la suite de ce nouvel examen, on a communiqué avec les familles de ces 10 pensionnaires (n° 002 à n° 011) afin de leur demander si elles souhaitaient acheter une toile de transfert à six boucles. Dans la négative, le foyer achèterait les toiles, que l'on utiliserait de façon partagée pour les pensionnaires qui en ont besoin. Bien que le foyer ne soit pas tenu de garantir une toile de transfert exclusive à chaque pensionnaire, des toiles de transfert d'une grandeur et d'un type jugés nécessaires pour l'ensemble des pensionnaires doivent être aisément disponibles dans le foyer afin de satisfaire aux besoins des pensionnaires en matière de soins infirmiers et de soins personnels, sans que les pensionnaires ou leurs familles n'aient à en défrayer les coûts. Au moment de l'inspection, aucune toile de transfert à six boucles n'était disponible pour le transfert de ces 10 pensionnaires.

Autres mesures requises

L'OC n° 002 sera signifié au titulaire du permis. Voir formulaire « Ordre(s) de l'inspecteur ».

AE n° 3 : Le titulaire de permis n'a pas respecté le Règl. de l'Ont. 79/10, art. 107. Rapports : incidents graves



Ministry of Health and
Long-Term Care

Ministère de la Santé et des
Soins de longue durée

Order(s) of the Inspector
Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term
Care Homes Act*, 2007, S.O.
2007, c.8

Ordre(s) de l'inspecteur
Aux termes de l'article 153 et/ou de
l'article 154 de la Loi de 2007 sur
les foyers de soins de longue
durée; L.O. 2007, chap. 8

En particulier, le titulaire de permis n'a pas respecté le paragraphe suivant :

Par. 107 (4) Le titulaire de permis qui est tenu d'informer le directeur d'un d'incident en application du paragraphe (1) ou (3), dans les 10 jours suivant le moment où il prend connaissance de l'incident, ou plus tôt si le directeur l'exige, fait par écrit à ce dernier un rapport où figurent les renseignements suivants à l'égard de l'incident :

1. Une description de l'incident, notamment le type d'incident, le secteur ou l'endroit où il s'est produit, la date et l'heure de l'incident et les circonstances entourant celui-ci.
2. Une description des particuliers impliqués dans l'incident, notamment :
 - i. le nom des pensionnaires impliqués dans l'incident,
 - ii. le nom des membres du personnel ou des autres personnes qui étaient présents lors de l'incident ou qui ont découvert celui-ci,
 - iii. le nom des membres du personnel qui sont intervenus ou interviennent après l'incident.
3. Les mesures prises par suite de l'incident, notamment :
 - i. les soins qui ont été donnés ou les mesures qui ont été prises par suite de l'incident, et par qui,
 - ii. une mention indiquant si un médecin ou une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé de la catégorie supérieure a été contacté,
 - iii. les autres autorités qui ont été contactées au sujet de l'incident, le cas échéant,
 - iv. si l'incident implique un pensionnaire, une mention indiquant si un membre de sa famille, une personne d'importance pour lui ou un mandataire spécial de celui-ci a été contacté ainsi que le nom d'une telle ou de telles personnes,
 - v. le résultat atteint ou l'état actuel du ou des particuliers impliqués dans l'incident.
4. Une analyse et un suivi, notamment :
 - i. les mesures immédiates qui ont été prises pour prévenir toute récurrence,
 - ii. les mesures à long terme planifiées pour remédier à la situation et prévenir toute récurrence.
5. Les nom et titre de la personne qui a initialement fait rapport au directeur en application du paragraphe (1) ou (3), la date du rapport et une mention indiquant si un inspecteur a été contacté et, le cas échéant, la date de la prise de contact et le nom de l'inspecteur. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 107 (4)

Findings/Faits saillants :

1. Le titulaire de permis n'a pas respecté l'alinéa 107 (4) 1, dans la mesure où il n'a pas fourni au directeur du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, une description précise de l'incident qui a entraîné une blessure et par suite duquel un pensionnaire a été transporté à l'hôpital.

Dans un rapport d'incident grave (RIG), on a signalé au directeur que deux préposés aux services de soutien à la personne transféraient le pensionnaire n° 001 de son lit à son fauteuil roulant un jour de septembre 2012 et que, pendant ce transfert, l'appareil de levage mécanique est tombé sur un côté et le pensionnaire a chuté sur le plancher.

Au cours de l'inspection faisant suite à un incident grave, l'inspectrice a appris que le pensionnaire n° 001 était tombé de la toile de transfert sur laquelle il se trouvait pendant le transfert. Cela n'a pas été signalé au directeur dans le RIG. L'inspectrice a également appris que l'enquête du foyer n'avait pas permis de conclure si l'appareil de levage était tombé ou non, en raison des comptes rendus contradictoires des personnes impliquées et de celles qui se sont rendues sur les lieux immédiatement après l'incident.

AE n° 4 : Le titulaire de permis n'a pas respecté le Règl. de l'Ont. 79/10, art. 17. Système de communication bilatérale



Ministry of Health and
Long-Term Care

Ministère de la Santé et des
Soins de longue durée

Order(s) of the Inspector
Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term
Care Homes Act*, 2007, c.8

Ordre(s) de l'inspecteur
Aux termes de l'article 153 et/ou de
l'article 154 de la Loi de 2007 sur
les foyers de soins de longue
durée; L.O. 2007, chap. 8

En particulier, le titulaire de permis n'a pas respecté le paragraphe suivant :

Par. 17 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer soit doté d'un système de communication bilatérale entre les pensionnaires et le personnel qui réunit les conditions suivantes :

- a) il est aisément visible, accessible et utilisable par les pensionnaires, le personnel et les visiteurs en tout temps;
- b) il est sous tension en tout temps;
- c) il permet d'annuler les appels uniquement au point d'activation;
- d) il est accessible à partir de chaque lit, cabinet d'aisances, salle de bain et salle de douche qu'utilisent les pensionnaires;
- e) il est disponible dans toute aire à laquelle ont accès les pensionnaires;
- f) il indique clairement, lorsqu'il est activé, d'où provient le signal;
- g) dans le cas d'un système doté d'une alarme sonore pour alerter le personnel, il est calibré de sorte que le personnel puisse l'entendre. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 17 (1)

Findings/Faits saillants :

1. Le titulaire de permis n'a pas respecté l'alinéa 17 (1) c), dans la mesure où il a omis de veiller à ce que le foyer soit doté d'un système de communication bilatérale entre les pensionnaires et le personnel qui permet d'annuler les appels uniquement au point d'activation.

Au cours de l'inspection faisant suite à un incident grave, le 2 novembre 2012, l'inspectrice a observé dans l'une des unités de soins qu'il était possible d'annuler les appels provenant du lit d'un pensionnaire en soulevant le récepteur téléphonique du pupitre de commande situé sur le bureau du poste de soins infirmiers. Ce geste ne permettait pas d'annuler les appels provenant de la toilette d'un pensionnaire ni ceux provenant des aires communes. Le directeur des services environnementaux (DSE) du foyer a informé l'inspectrice que le système est programmé ainsi dans tout le foyer. Le DSE a retiré le récepteur téléphonique de chaque pupitre de commande du foyer et on s'est assuré que les appels ne pourraient pas être annulés en appuyant sur le bouton de réception sur le pupitre.

Autres mesures requises

PRV – Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de redressement visant à assurer le respect de l'exigence selon laquelle le foyer doit être doté d'un système de communication bilatérale entre les pensionnaires et le personnel qui permet d'annuler les appels uniquement au point d'activation, qui doit être mis en œuvre sur une base volontaire.

Date de délivrance : Le 16 novembre 2012

Signature of Inspector(s)/Signature de l'inspecteur ou des inspecteurs

Lyne Duchesneau
for Jessica Lapensée



Ministry of Health and
Long-Term Care

Ministère de la Santé et des
Soins de longue durée

Order(s) of the Inspector
Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term
Care Homes Act*, 2(X 7, S.O.
2007, c.8

Ordre(s) de l'inspecteur
Aux termes de l'article 153 et/ou de
l'article 154 de la Loi de 2007 sur
les foyers de soins de longue
durée; L.O. 2007, chap. 8

Health System Accountability and Performance Division
Performance Improvement and Compliance Branch

Division de la responsabilisation et de la performance du
système de santé
Direction de l'amélioration de la performance et de la
conformité

Copie du public

Name of Inspector (ID #) / Nom de l'inspectrice (n°) :	JESSICA LAPENSEE (133)
Inspection No. / N° de l'inspection :	2012_204133_0004
Type of Inspection / Genre d'inspection	Incident grave
Date of Inspection / Date de l'inspection :	2, 5, 6, 7, 9, 13 et 14 novembre 2012
Licensee / Titulaire de permis :	THE ROYALE DEVELOPMENT LP 302, boul. Town Centre, bureau 200, MARKHAM (Ontario) L3R 0E8
LTC Home / Foyer de SLD :	LEISUREWORLD CAREGIVING CENTRE – MADONNA 1541, boul. St. Joseph, Orléans (Ontario) K1C 7L3
Name of Administrator / Nom de l'administratrice ou de l'administrateur :	SUSAN WENDT

Le foyer ROYALE DEVELOPMENT LP doit se conformer aux ordres suivants au plus tard aux dates mentionnées
ci-dessous :



Ministry of Health and
Long-Term Care

Ministère de la Santé et des
Soins de longue durée

Order(s) of the Inspector
Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term
Care Homes Act*, 2(X 7, S.O.
2007, c.8

Ordre(s) de l'inspecteur
Aux termes de l'article 153 et/ou de
l'article 154 de la Loi de 2007 sur
les foyers de soins de longue
durée; L.O. 2007, chap. 8

Order # / 001
Ordre n° :

Order Type / Genre Ordres de conformité, par. 153 (1) (a)
d'ordre

Pursuant to / Aux termes de :

Règl. de l'Ont. 79/10, art. 36. 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 pensionnaires. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 36

Order / Ordre :

Le titulaire de permis veillera à ce que le personnel participant au transfert de pensionnaires utilise des appareils et (ou) des techniques de transfert sécuritaires au moment d'aider les pensionnaires, en s'assurant que la politique V3-850 intitulée « Lifts and Transfers — Resident Care » (Appareils de levage et transferts — Soins aux pensionnaires) est pleinement mise en œuvre et respectée. Cela doit comprendre une nouvelle formation de l'ensemble du personnel qui participe au transfert de pensionnaires au moyen d'un appareil de levage mécanique. Cette nouvelle formation doit comprendre un volet au cours duquel le personnel démontrera sa capacité à transférer un patient de façon sécuritaire, tant dans le rôle d'opérateur de l'appareil de levage que dans celui d'assistant, pour tous les types et toutes les grandeurs d'appareils de levage mécanique et de toile de transfert pouvant devoir être utilisés dans le cadre de ses fonctions. Cette formation comprendra des techniques que le personnel devra utiliser pour attacher au crochet les courroies pour les jambes de la toile de transfert, si l'état physique du pensionnaire à transférer l'exige. Le titulaire de permis veillera à ce que l'on procède à de nouveaux examens consignés de tous les pensionnaires qui exigent l'utilisation d'un appareil de levage, précisant clairement la grandeur et le type de toile de transfert les plus appropriés ainsi que la méthode d'attache au crochet des courroies pour les jambes que le personnel doit utiliser pour transférer le pensionnaire. Le titulaire de permis veillera à ce que le personnel participant au transfert de pensionnaires soit au fait de toute modification pouvant découler de ces nouveaux examens.

Grounds / Motifs :



Ministry of Health and
Long-Term Care

Ministère de la Santé et des
Soins de longue durée

Order(s) of the Inspector
Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term
Care Homes Act*, 2007, S.O.
2007, c.8

Ordre(s) de l'inspecteur
Aux termes de l'article 153 et/ou de
l'article 154 de la Loi de 2007 sur
les foyers de soins de longue
durée; L.O. 2007, chap. 8

1. Le titulaire de permis n'a pas respecté l'article 36, dans la mesure où il a omis de veiller à ce que les membres du personnel utilisent des appareils ou des techniques de transfert et de changement de position sécuritaires au moment d'aider un pensionnaire.

Un jour de septembre 2012, comme il est signalé dans le rapport d'incident grave (RIG), le pensionnaire n° 001 a fait une chute sur le plancher au moment où on le transférait de son lit à son fauteuil roulant. On a signalé dans le RIG que l'appareil de levage mécanique est tombé sur le côté, ce qui a entraîné la chute du pensionnaire.

Au moment de l'inspection, la directrice des services de santé aux pensionnaires (directrice des SSP) a informé l'inspectrice qu'en raison de déclarations contradictoires des deux membres du personnel (M100 et M101) qui ont participé au transfert du pensionnaire n° 001, on n'avait pas déterminé si l'appareil de levage avait basculé ou non. La directrice des SSP a informé l'inspectrice que son enquête sur l'incident avait permis de conclure que le pensionnaire n° 001 était tombé de sa toile de transfert après avoir effectué un mouvement brusque vers l'avant alors qu'il était au-dessus du fauteuil roulant et que cela semble être survenu avant que l'appareil de levage mécanique puisse avoir basculé ou non.

La directrice des SSP a déclaré que, deux jours après l'incident, elle a interrogé séparément les deux membres du personnel impliqués (M100 et M101). On leur a demandé d'expliquer leur rôle dans le transfert du pensionnaire n° 001. La directrice des SSP a indiqué que les deux membres du personnel lui ont dit qu'ils étaient les opérateurs de l'appareil de levage. Comme l'a décrit la directrice des SSP, chaque membre du personnel a expliqué la façon dont il a placé le pensionnaire sur la toile de transfert, la façon dont il a fixé la toile au crochet et la façon dont il a manœuvré l'appareil de levage mécanique pour le placer au-dessus du fauteuil roulant du pensionnaire n° 001. La directrice des SSP a informé l'inspectrice que les deux membres du personnel lui ont indiqué qu'ils n'avaient pas croisé les courroies pour les jambes avant de fixer celle-ci au crochet. La directrice des SSP a indiqué que les deux membres du personnel lui ont indiqué qu'ils n'avaient pas ouvert la base de l'appareil de levage une fois que le pensionnaire n° 001 était en position au-dessus de son fauteuil roulant. La directrice des SSP a indiqué qu'elle avait participé à la formation sur les appareils de levage et les transferts que les deux membres du personnel ont suivie en juin 2012 et que tous les membres du personnel apprennent à croiser les courroies pour les jambes avant de fixer la toile au crochet et à ouvrir la base de l'appareil de levage quand un pensionnaire est au-dessus d'un fauteuil roulant.

Le foyer a adopté une politique intitulée « Lifts and Transfers — Resident Care » (Appareils de levage et transferts — Soins aux pensionnaires) (n° V3-850). À la page 6 de 10, on donne la directive au personnel participant à un transfert de veiller à ce que deux membres du personnel soient présents, l'un désigné pour manipuler l'appareil et l'autre pour être l'assistant. L'assistant a la directive de guider le pensionnaire sur la toile. La directrice des SSP a expliqué que cela signifie que l'assistant doit soutenir le pensionnaire avec ses mains pendant que ce dernier se trouve sur la toile de transfert, sauf au moment où, par exemple, il place le fauteuil roulant dans la position adéquate. Ni l'un ni l'autre des membres du personnel impliqués dans l'incident n'a indiqué à la directrice des SSP avoir soutenu physiquement le pensionnaire n° 01 pendant le transfert.

L'inspectrice a vérifié si on avait déclaré défectueux ou non sécuritaires, après l'incident, l'appareil de levage mécanique et la toile de transfert ayant servi au transfert du pensionnaire n° 001, et tous deux étaient utilisés au moment de l'inspection.

Le pensionnaire n° 001 est tombé sur la tête après avoir chuté de la toile de transfert et a subi des blessures découlant de cette chute. Les deux membres du personnel ayant procédé au transfert ont omis d'utiliser des techniques de transfert et de positionnement sécuritaires au moment d'aider le pensionnaire n° 001 en ce jour de septembre 2012. (133)

This order must be complied with by / Vous
devez vous conformer à cet ordre d'ici le :

15 mars 2013

Order # / 002
Ordre n° :

Order Type / Type
d'ordre

Ordres de conformité, par. 153 (1) (a)



Ministry of Health and
Long-Term Care

Ministère de la Santé et des
Soins de longue durée

Order(s) of the Inspector
Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term
Care Homes Act*, 2(X 7, S.O.
2007, c.8

Ordre(s) de l'inspecteur
Aux termes de l'article 153 et/ou de
l'article 154 de la Loi de 2007 sur
les foyers de soins de longue
durée; L.O. 2007, chap. 8

Pursuant to / Aux termes de :

Règl. de l'Ont. 79/10, art. 44. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les fournitures, l'équipement et les appareils et dispositifs nécessaires pour répondre aux besoins des pensionnaires en matière de soins infirmiers et de soins personnels soient aisément disponibles au foyer. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 44

Order / Ordre :

Le titulaire de permis veillera à ce que des toiles de transfert à six boucles soient aisément disponibles dans le foyer en vue d'une utilisation pour les pensionnaires dont l'examen en a révélé le besoin. Ces appareils seront rendus aisément disponibles dans le foyer, sans frais pour les pensionnaires ou leurs familles.

Grounds / Motifs :

1. Le titulaire de permis n'a pas respecté l'article 44, dans la mesure où il a omis de veiller à ce que les appareils nécessaires pour répondre aux besoins des pensionnaires en matière de soins infirmiers et de soins personnels, plus particulièrement une toile de transfert à six boucles, soient aisément disponibles au foyer.

Un jour de septembre 2012, le pensionnaire n° 001 est tombé d'une toile de transfert à quatre boucles au moment où on le transférait de son lit à son fauteuil roulant. Onze jours plus tard, le physiothérapeute du foyer a réexaminé le pensionnaire n° 001 et a conclu qu'il serait plus sécuritaire de le transférer au moyen d'une toile à six boucles en raison de son état physique. Vingt-cinq jours après ce nouvel examen, le foyer a reçu une toile de transfert à six boucles et l'a réservée à l'usage exclusif du pensionnaire n° 001. Au moment de l'inspection, il s'agissait de la seule toile de transfert à six boucles que le foyer possédait.

Au cours de l'inspection faisant suite à un incident grave, le 2 novembre 2012, l'inspectrice s'est rendue à l'unité de soins du pensionnaire n° 001 vers 11 h 30. Le personnel infirmier a informé l'inspectrice que la toile à six boucles destinée au pensionnaire était manquante et que, par conséquent, on avait utilisé une toile à quatre boucles pour transférer le pensionnaire de son lit à son fauteuil roulant ce matin-là.

Au cours de l'inspection découlant d'un incident grave, le 6 novembre 2012, l'inspectrice s'est rendue à l'unité de soins du pensionnaire n° 001 vers 11 h 30. L'inspectrice a remarqué que le pensionnaire n° 001 était toujours dans son lit. Le personnel infirmier n'avait pu trouver la toile de transfert à six boucles réservée à l'usage du pensionnaire n° 001 et, par conséquent, n'avait pas transféré ce dernier de son lit.

Pendant l'inspection, la directrice des services de santé aux pensionnaires a ordonné l'achat d'une deuxième toile de transfert à six boucles à utiliser pour le pensionnaire n° 001.

2. Au cours de l'inspection faisant suite à un incident grave, on a informé l'inspectrice que, le 22 octobre 2012, le physiothérapeute du foyer avait effectué un nouvel examen non consigné de tous les pensionnaires qui exigeaient l'utilisation d'une toile de transfert complète pendant un transfert par appareil de levage mécanique. Ce nouvel examen a été fait à la demande du directeur des soins. On a remis à l'inspectrice une copie d'une liste écrite à la main intitulée « Sling sizing for potential buyers » (grandeurs de toiles pour les appareils potentiels à acheter). Sur cette liste figuraient les noms de 10 pensionnaires actuels (n° 002 à n° 011), suivis par le type et la grandeur de la toile dont chacun avait besoin. Le physiothérapeute a évalué qu'il serait plus sécuritaire de transférer chacun de ces pensionnaires au moyen d'une toile à six boucles plutôt qu'au moyen d'une toile à quatre boucles comme c'est actuellement le cas. On a expliqué à l'inspectrice qu'à la suite de ce nouvel examen, on a communiqué avec les familles de ces 10 pensionnaires (n° 002 à n° 011) afin de leur demander si elles souhaitaient acheter une toile de transfert à six boucles. Dans la négative, le foyer achèterait les toiles, que l'on utiliserait de façon partagée pour les pensionnaires qui en ont besoin. Bien que le foyer ne soit pas tenu de garantir une toile de transfert exclusive à chaque pensionnaire, des toiles de transfert d'une grandeur et d'un type jugés nécessaires pour l'ensemble des pensionnaires doivent être aisément disponibles dans le foyer afin de satisfaire aux besoins des pensionnaires en matière de soins infirmiers et de soins personnels, sans que les pensionnaires ou leurs familles n'aient à en défrayer les coûts. Au moment de l'inspection, aucune toile de transfert à six boucles n'était disponible pour le transfert de ces 10 pensionnaires. (133)



Ministry of Health and
Long-Term Care

Order(s) of the Inspector
Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term
Care Homes Act*, 2(X 7, S.O.
2007, c.8

Ministère de la Santé et des
Soins de longue durée

Ordre(s) de l'inspecteur
Aux termes de l'article 153 et/ou de
l'article 154 de la Loi de 2007 sur
les foyers de soins de longue
durée; L.O. 2007, chap. 8

REVIEW/APEAL INFORMATION

TAKE NOTICE:

The Licensee has the right to request a review by the Director of this (these) Order(s) and to request that the Director stay this (these) Order(s) in accordance with section 163 of the Long-Term Care Homes Act, 2007.

The request for review by the Director must be made in writing and be served on the Director within 28 days from the day the order was served on the Licensee.

The written request for review must include,

- (a) the portions of the order in respect of which the review is requested;
- (b) any submissions that the Licensee wishes the Director to consider; and
- (c) an address for services for the Licensee.

The written request for review must be served personally, by registered mail or by fax upon:

Director
c/o Appeals Coordinator
Performance Improvement and Compliance Branch
Ministry of Health and Long-Term Care
1075 Bay Street, 11th Floor
Toronto ON M5S 2B1
Fax: (416) 327-7603

When service is made by registered mail, it is deemed to be made on the fifth day after the day of mailing and when service is made by fax, it is deemed to be made on the first business day after the day the fax is sent. If the Licensee is not served with written notice of the Director's decision within 28 days of receipt of the Licensee's request for review, this(these) Order(s) is(are) deemed to be confirmed by the Director and the Licensee is deemed to have been served with a copy of that decision on the expiry of the 28 day period.

The Licensee has the right to appeal the Director's decision on a request for review of an Inspector's Order(s) to the Health Services Appeal and Review Board (HSARB) in accordance with section 164 of the Long-Term Care Homes Act, 2007. The HSARB is an independent tribunal not connected with the Ministry. They are established by legislation to review matters concerning health care services. If the Licensee decides to request a hearing, the Licensee must, within 28 days of being served with the notice of the Director's decision, give a written notice of appeal to both:

Health Services Appeal and Review Board
and the

Attention Registrar
151 Bloor Street West
9th Floor
Toronto, ON M5S 2T5

Director

Director
c/o Appeals Coordinator
Performance Improvement and Compliance Branch
Ministry of Health and Long Term Care
1075 Bay Street, 11th Floor
Toronto ON M5S 2B1
Fax: (416) 327-7603

Upon receipt, the HSARB will acknowledge your notice of appeal and will provide instructions regarding the appeal process. The Licensee may learn more about the HSARB on the website www.hsarb.on.ca.



Ministry of Health and
Long-Term Care

Ministère de la Santé et des
Soins de longue durée

Order(s) of the Inspector
Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term
Care Homes Act*, 2(X 7, S.O.
2007, c.8

Ordre(s) de l'inspecteur
Aux termes de l'article 153 et/ou de
l'article 154 de la Loi de 2007 sur
les foyers de soins de longue
durée; L.O. 2007, chap. 8

RENSEIGNEMENTS SUR LE RÉEXAMEN/L'APPEL

PRENDRE AVIS

En vertu de l'article 163 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, le titulaire de permis peut demander au directeur de réexaminer l'ordre ou les ordres qu'il a donné et d'en suspendre l'exécution.

La demande de réexamen doit être présentée par écrit et est signifiée au directeur dans les 28 jours qui suivent la signification de l'ordre au titulaire de permis.

La demande de réexamen doit contenir ce qui suit :

- a) les parties de l'ordre qui font l'objet de la demande de réexamen;
- b) les observations que le titulaire de permis souhaite que le directeur examine;
- c) l'adresse du titulaire de permis aux fins de signification.

La demande écrite est signifiée en personne ou envoyée par courrier recommandé ou par télécopieur au :

Directeur
a/s Coordinateur des appels
Direction de l'amélioration de la performance et de la conformité
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
1075 rue Bay, 11^e étage Toronto ON M5S 2B1
Télécopieur : (416) 327-7603

Les demandes envoyées par courrier recommandé sont réputées avoir été signifiées le cinquième jour suivant l'envoi et, en cas de transmission par télécopieur, la signification est réputée faite le jour ouvrable suivant l'envoi. Si le titulaire de permis ne reçoit pas d'avis écrit de la décision du directeur dans les 28 jours suivant la signification de la demande de réexamen, l'ordre ou les ordres sont réputés confirmés par le directeur. Dans ce cas, le titulaire de permis est réputé avoir reçu une copie de la décision avant l'expiration du délai de 28 jours.

En vertu de l'article 164 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, le titulaire de permis a le droit d'interjeter appel, auprès de la Commission d'appel et de révision des services de santé, de la décision rendue par le directeur au sujet d'une demande de réexamen d'un ordre ou d'ordres donnés par un inspecteur. La Commission est un tribunal indépendant du ministère. Il a été établi en vertu de la loi et il a pour mandat de trancher des litiges concernant les services de santé. Le titulaire de permis qui décide de demander une audience doit, dans les 28 jours qui suivent celui où lui a été signifié l'avis de décision du directeur, faire parvenir un avis d'appel écrit aux deux endroits suivants :

À l'attention du registraire
Commission d'appel et de révision des services de santé
151, rue Bloor Ouest, 9^e étage
Toronto (Ontario) M5S 2T5

Directeur
a/s Coordinateur des appels
Direction de l'amélioration de la performance et de la conformité
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
1075 rue Bay, 11^e étage
Toronto ON M5S 2B1
Télécopieur: (416) 327-7603

La Commission accusera réception des avis d'appel et transmettra des instructions sur la façon de procéder pour interjeter appel. Les titulaires de permis peuvent se renseigner sur la Commission d'appel et de révision des services de santé en consultant son site Web, au www.hsarb.on.ca.

Remis ce 14^e jour de novembre 2012

Signature of Inspector / Signature de
l'inspecteur :

Name of Inspector / Nom de
l'inspecteur :

Service Area Office / Bureau régional
de services :

Handwritten signature: JESSICA LAPENSÉE

JESSICA LAPENSÉE (133)

Bureau régional de services d'Ottawa