

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Rapport public initial

Date d'émission du rapport : 24 juillet 2024
Numéro d'inspection : 2024-1013-0001
Type d'inspection : Plainte Incident critique Suivi
Titulaire de permis : The Royale Development GP Corporation en tant qu'associé commandité de The Royale Development LP
Foyer de soins de longue durée et ville : Case Manor Community, Bobcaygeon

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : les 18, 19, 20, 24, 25, 26, 27 et 28 juin 2024 et le 2 juillet 2024.

L'inspection a eu lieu à l'extérieur aux dates suivantes : les 5 et 9 juillet 2024.

L'inspection concernait :

- Registre n° 00094822 – Plainte en lien avec les soins à une personne résidente et le fonctionnement du foyer de soins de longue durée.
- Registre n° 00115247 – Plainte alléguant des mauvais traitements et de la négligence de la part du personnel à l'égard d'une personne résidente.
- Registre n° 00105695 – Incident critique (IC) en lien avec l'apparition d'une maladie.
- Registres n°s 00098419, 00107494, 00112648, 00113084 et 00115724 – Incidents critiques en lien avec des incidents ayant entraîné des blessures, un transfert à l'hôpital et un changement important de l'état de santé d'une personne résidente.
- Registre n° 00119864 – Suivi d'un ordre de conformité (OC) – émis en vertu du rapport d'inspection n° 2023-1013-0004 – OC n° 001, conformément à l'alinéa 102 (2) b) du Règl. De l'Ont. 246/22, avec date d'échéance de mise en conformité fixée au 8 mars 2024.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Ordres de conformité délivrés 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° 2023-1013-0004 en lien avec l'alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, inspecté par l'inspectrice ou l'inspecteur.

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

- Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
- Entretien ménager, buanderie et services d'entretien
- Conseils des résidents et des familles
- Gestion des médicaments
- Alimentation, nutrition et hydratation
- Prévention et contrôle des infections
- Prévention des mauvais traitements et de la négligence
- Comportements réactifs
- Rapports et plaintes
- Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Déclaration des droits des résidents – DROIT À LA PROTECTION CONTRE LES MAUVAIS TRAITEMENTS ET LA NÉGLIGENCE

Problème de conformité n° 001 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de la disposition 4 du paragraphe 3 (1) de la *LRSLD* (2021)

Déclaration des droits des résidents

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

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente soit à l'abri des mauvais traitements.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Justification et résumé

Le directeur a reçu une plainte alléguant des mauvais traitements infligés par le personnel à une personne résidente. L'allégation concernait une personne résidente qui présentait des comportements réactifs.

La directrice des soins a indiqué qu'elle était au courant de l'incident de mauvais traitements présumés et a identifié la personne résidente concernée.

Le dossier médical de la personne résidente a été examiné. La documentation indiquait le personnel et les instructions données à une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP).

La directrice générale a confirmé que l'incident s'était produit et a indiqué que les actions du personnel étaient inappropriées.

Le fait de ne pas veiller à ce que les résidents ne soient pas victimes de mauvais traitements risque de nuire à leur bien-être et de leur faire vivre une expérience désagréable dans leur « foyer ».

Sources : Examen du dossier médical de la personne résidente, de la plainte déposée auprès du directeur, de la politique de prévention des mauvais traitements et de la négligence à l'égard des résidents du titulaire de permis, et entretiens avec la personne résidente, le personnel infirmier autorisé, la directrice des soins et la directrice générale.

AVIS ÉCRIT : Déclaration des droits des résidents – Droit à des soins de qualité et à l'autodétermination

Problème de conformité n° 002 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de la disposition 16 du paragraphe 3 (1) de la *LRSLD* (2021)

Déclaration des droits des résidents

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

16. Le résident a droit à un hébergement, à une alimentation, à des soins et à des services qui sont convenables et qui correspondent à ses besoins.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que chaque personne résidente ait le droit de recevoir des soins nutritionnels adaptés à ses besoins.

Justification et résumé

Le directeur a reçu une plainte alléguant des mauvais traitements infligés par le personnel à une personne résidente. L'allégation indique que le personnel a reçu l'ordre, de la part d'un autre membre du personnel, de ne pas fournir de nourriture ou des liquides aux résidents dont l'état de santé a changé.

Le personnel autorisé et non autorisé a indiqué que certains membres du personnel avaient pour pratique de ne pas en fournir aux résidents dont l'état a changé ou à ceux qui choisissaient de ne pas venir dans les salles à manger. Le personnel interrogé a été en mesure d'identifier les membres du personnel qui avaient ordonné à d'autres de ne pas fournir de nourriture ou des liquides aux résidents dont l'état de santé était en train de changer. Le personnel a indiqué qu'une directive écrite avait été récemment affichée, stipulant que tous les résidents devaient recevoir de la nourriture et des liquides, quel que soit leur état de santé ou leur préférence en matière de repas.

La directrice des soins a confirmé qu'elle était au courant de l'allégation et a fourni les noms des résidents censés avoir été affectés. La directrice des soins a indiqué qu'elle avait affiché une note de service rappelant au personnel que tous les résidents devaient se voir offrir de la nourriture et des liquides, quel que soit leur état de santé.

Le fait que le personnel ne fournisse pas de nourriture et des liquides à tous les résidents constitue une violation de la déclaration des droits des résidents.

Sources : Examen des dossiers médicaux des résidents identifiés, plaintes déposées auprès du directeur, correspondance écrite publiée par le directeur adjoint des soins et la directrice des soins, et entretiens avec le personnel infirmier autorisé et non autorisé, le diététiste professionnel, la directrice des soins et la directrice générale.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que chaque personne résidente ait le droit de recevoir des soins nutritionnels adaptés à ses besoins.

Justification et résumé

Le directeur a reçu une plainte alléguant des mauvais traitements infligés par le personnel à une personne résidente. L'allégation indique que le personnel a reçu l'ordre, de la part d'un autre membre du personnel, de ne pas fournir de nourriture ou de liquides aux résidents dont l'état de santé a changé.

Le personnel autorisé et non autorisé a indiqué que certains membres du personnel avaient pour pratique de ne pas en fournir aux résidents dont l'état de santé a changé ou à ceux qui choisissaient de ne pas venir dans les salles à manger. Le personnel a indiqué qu'une directive écrite avait été récemment affichée, stipulant que tous les résidents devaient recevoir de la nourriture et des liquides, quel que soit leur état de santé ou leur préférence en matière de repas.

Documentation sur le tableau de bord du logiciel de dossier médical électronique du titulaire de permis. La documentation indique qu'il a été rappelé au personnel de veiller à ce que les résidents dont l'état de santé a changé bénéficient d'une ordonnance de soins nutritionnels et se voient proposer une alimentation. La documentation indique qu'à une deuxième date, la directrice des soins a ordonné que la nourriture et des liquides soient proposés à chaque phase et à chaque interaction avec les résidents, quel que soit leur état de santé, et a rappelé au personnel les droits des résidents.

Le diététiste professionnel (Dt.P.) a indiqué qu'il savait que les résidents dont l'état de santé avait changé recevaient un apport alimentaire. Le Dt.P. a indiqué qu'une infirmière autorisée (IA) avait supprimé les ordonnances de nutrition et d'hydratation lorsque l'état de santé des résidents avait été jugé dégradé; le Dt.P. a indiqué le nom d'une personne résidente concernée et a précisé que quelques autres résidents auraient été touchés. Le Dt.P. a indiqué qu'il avait porté ses préoccupations, par écrit, à l'attention du directeur adjoint des soins, de la directrice des soins et de la directrice générale en vue d'un suivi.

La directrice des soins a confirmé qu'elle était au courant de l'allégation.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Un membre du personnel a indiqué qu'il avait par le passé considéré les résidents dont l'état de santé s'était dégradé comme « rien par voie orale », mais qu'il avait changé de pratique depuis que la directrice des soins avait publié une communication rappelant au personnel que tous les résidents devaient être nourris, quel que soit leur état de santé ou leur préférence en matière de repas.

Le fait que le personnel ne fournisse pas de nourriture ou des liquides à tous les résidents constitue une violation de la déclaration des droits des résidents.

Sources : Examen des dossiers médicaux des résidents identifiés, plaintes déposées auprès du directeur, correspondance écrite publiée par le directeur adjoint des soins et la directrice des soins, et entretiens avec les personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP), les infirmières auxiliaires autorisées (IAA), les IA, le diététiste professionnel, la directrice des soins et la directrice générale.

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

Problème de conformité n° 003 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) 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.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis à la personne résidente, tel que le précise le programme.

Justification et résumé

Une plainte à multiples facettes a été soumise au directeur par l'auteur d'une plainte, concernant les soins prodigués à une personne résidente.

Lors de l'inspection, il a été observé que la personne résidente avait une fourchette et un couteau, mais pas de cuillère pendant les repas, et qu'elle n'avait pas de gobelet isolé à son chevet.

Ministère des Soins de longue duréeDivision des opérations relatives aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée**District du Centre-Est**33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Le dossier médical de la personne résidente a été examiné. La documentation indique que la personne résidente doit avoir un gobelet isolé contenant des liquides à son chevet et qu'elle ne doit pas avoir certains ustensiles à l'heure des repas, en raison de ses comportements connus.

Une PSSP a indiqué que la personne résidente n'avait pas reçu le gobelet isolé depuis plusieurs mois et qu'elle pensait que le gobelet était trop lourd pour être utilisé par la personne résidente. La PSSP a indiqué que le gobelet était utilisé pour assurer un apport en liquide adéquat et qu'il avait été demandé par la famille. La PSSP a confirmé que la personne résidente ne devait pas avoir de fourchette ou de couteau à l'heure des repas, en raison d'inquiétudes antérieures concernant sa sécurité et celle des autres.

Le fait que les soins n'aient pas été prodigués comme prévu présentait un risque de préjudice pour la personne résidente et d'autres personnes en ce qui concerne la sécurité, ainsi qu'un risque lié à l'hydratation.

Sources : Observations, examen du dossier médical de la personne résidente et entretiens avec le personnel infirmier autorisé et non autorisé ainsi qu'avec le diététiste professionnel.

AVIS ÉCRIT : Programme de soins – Réévaluation et révision

Problème de conformité n° 004 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de l'alinéa 6 (11) b) de la *LRSLD* (2021)

Programme de soins

Paragraphe 6 (11) Lorsqu'un résident fait l'objet d'une réévaluation et que son programme de soins est réexaminé et révisé :

b) si le programme de soins est révisé parce que les soins qui y sont prévus se sont révélés inefficaces, le titulaire de permis veille à ce que des méthodes différentes soient prises en considération dans le cadre de la révision du programme.

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins de la personne résidente soit réexaminé et révisé et à ce que différentes approches

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

soient envisagées lorsque le programme de soins n'est pas efficace, en particulier en ce qui concerne la prévention et la gestion des chutes.

Justification et résumé

Le titulaire de permis a soumis au directeur un incident critique (IC) concernant un incident qui a causé une blessure à une personne résidente, qui a nécessité un transfert à l'hôpital et qui a entraîné un changement important dans l'état de santé de cette personne.

Le dossier médical de la personne résidente a été examiné. La documentation indique que la personne résidente a été évaluée comme présentant un risque d'atteinte à sa propre intégrité. La documentation indiquait que la personne résidente avait déjà subi des blessures l'année précédente à la suite d'incidents. Les documents indiquent que la personne résidente a subi de nombreux incidents qui l'ont exposée à un risque de blessure supplémentaire. La documentation n'a pas prouvé que le programme de soins de la personne résidente, concernant son risque, a été réexaminé, révisé et/ou que différentes approches ont été envisagées bien que la personne résidente ait eu les incidents en question.

Une PSSP a indiqué que les stratégies actuelles n'étaient pas efficaces, car la personne résidente continuait à avoir des incidents malgré les interventions en place. Une IAA a indiqué que le programme de soins de la personne résidente n'avait pas été revu de manière cohérente, et que le programme de soins n'avait pas été révisé et/ou que des stratégies de soins différentes n'avaient pas été mises en œuvre après l'incident pendant les dates indiquées.

La directrice des soins a indiqué que l'on s'attendrait à ce que le programme de soins d'une personne résidente soit réexaminé et révisé et que différentes approches soient envisagées lorsque le programme de soins n'est pas efficace.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que différentes approches soient envisagées a potentiellement contribué à la persistance des incidents chez la personne résidente et l'a exposée à un risque de blessure.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Sources : Observations, examen du dossier médical de la personne résidente, de l'IC, de la politique du titulaire de permis en matière de prévention et de gestion des chutes, et entretiens avec le personnel infirmier autorisé et non autorisé, le physiothérapeute et la directrice des soins.

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins de la personne résidente soit réexaminé et révisé et à ce que différentes approches soient envisagées lorsque le programme de soins n'est pas efficace, en particulier en ce qui concerne la prévention et la gestion des chutes.

Justification et résumé

Le titulaire de permis a soumis au directeur des incidents critiques (IC) concernant des incidents qui ont causé une blessure à une personne résidente, qui a nécessité un transfert à l'hôpital et qui a entraîné un changement important dans l'état de santé de cette personne.

Le dossier médical de la personne résidente a été examiné. La documentation indique que la personne résidente a été évaluée comme présentant un risque de blessure. La documentation indiquait que la personne résidente avait déjà été blessée lors d'un incident antérieur. La documentation indiquait que la personne résidente avait eu de nombreux incidents à la suite de l'incident qui avait entraîné une blessure et un transfert à l'hôpital. La documentation n'a pas prouvé que le programme de soins de la personne résidente, concernant son risque, a été réexaminé, révisé et/ou que différentes approches ont été envisagées, entre les dates indiquées, bien que la personne résidente ait eu les incidents en question.

Une IAA a indiqué que le programme de soins de la personne résidente, en ce qui concernait ce risque, n'avait pas été revu de manière cohérente, et que le programme de soins n'avait pas été révisé et/ou que des stratégies de soins différentes n'avaient pas été mises en œuvre après les incidents pendant les dates indiquées.

La directrice des soins a indiqué que l'on s'attendrait à ce que le programme de soins d'une personne résidente soit réexaminé et révisé et que différentes approches soient envisagées lorsque le programme de soins n'est pas efficace.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que différentes approches soient envisagées a potentiellement contribué à la persistance des incidents chez la personne résidente et l'a exposée à un risque de blessure additionnelle.

Sources : Observations, examen du dossier médical de la personne résidente, des IC, de la politique du titulaire de permis en matière de prévention et de gestion des chutes, et entretiens avec le personnel infirmier autorisé et non autorisé, le physiothérapeute et la directrice des soins.

AVIS ÉCRIT : Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

Problème de conformité n° 005 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) 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.

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

Justification et résumé

Le directeur a reçu une plainte alléguant des mauvais traitements infligés par le personnel à une personne résidente. L'allégation indique qu'un membre du personnel a demandé à d'autres membres du personnel de ne pas donner de nourriture ou de liquides à une personne résidente qui présentait des comportements réactifs.

La politique du titulaire de permis en matière de prévention des mauvais traitements et de la négligence envers les résidents indique que tous les résidents ont droit à la dignité, au respect, à l'absence de négligence et à la protection contre les mauvais traitements. La politique indique que l'organisation applique une

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

« politique de tolérance zéro ». La politique stipule que tous les membres de l'équipe sont tenus de signaler immédiatement les cas de mauvais traitements et de négligence à la directrice générale ou à la personne désignée responsable de leur communauté. La politique prévoit également que les incidents doivent être notifiés aux mandataires spéciaux des résidents, aux autorités locales et au directeur.

Le personnel et la directrice des soins ont indiqué qu'ils étaient au courant de l'incident de mauvais traitements présumés et ont identifié le membre du personnel et la personne résidente concernés. Toutes les personnes interrogées ont indiqué qu'elles connaissaient la politique de tolérance zéro du titulaire de permis en matière de mauvais traitements et de négligence.

Le dossier médical de la personne résidente a été examiné. La documentation indiquait qu'une personne résidente présentait des comportements réactifs et qu'un membre du personnel avait demandé à d'autres membres du personnel de ne pas donner de nourriture ou des liquides à la personne résidente tant qu'elle n'avait pas pris ses médicaments. La documentation n'a pas permis d'indiquer que le mandataire spécial de la personne résidente ou d'autres personnes avaient été informés de l'incident.

Une IAA a indiqué qu'elle avait entendu parler de l'incident par un autre membre du personnel. L'IAA a indiqué qu'elle n'avait pas signalé l'incident à son superviseur, car le superviseur de service était le membre du personnel impliqué. L'IAA a indiqué qu'elle n'avait pas contacté le gestionnaire de garde, le mandataire spécial de la personne résidente, les autorités locales ou le directeur au sujet des mauvais traitements présumés.

Une autre IAA a indiqué qu'elle avait pris connaissance de l'incident présumé en lisant le rapport de quart et qu'elle avait signalé l'incident à un autre membre du personnel. L'IAA a indiqué qu'elle n'avait pas signalé l'incident au superviseur de service, car c'est ce dernier qui avait été impliqué dans l'incident. L'IAA a indiqué qu'elle croyait avoir envoyé un courriel à la directrice des soins au sujet de l'incident.

Une IA a indiqué qu'elle n'avait pas signalé l'allégation à la direction ou à d'autres personnes, car l'incident ne s'était pas produit pendant son quart de travail.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

La directrice des soins a indiqué qu'elle avait entendu parler des mauvais traitements présumés infligés à une personne résidente par une « rumeur » et que, puisqu'il s'agissait d'une « rumeur », l'incident n'avait pas été signalé au directeur. La directrice des soins a indiqué qu'elle ne savait pas si l'incident avait été signalé au mandataire spécial de la personne résidente.

La directrice générale a indiqué que le personnel est censé respecter la politique de tolérance zéro du titulaire de permis en matière de mauvais traitements et de négligence.

Le fait que le titulaire de permis ne s'assure pas que le personnel respecte sa politique de tolérance zéro à l'égard des mauvais traitements et de la négligence entraîne des lacunes dans les soins et les services offerts aux résidents, ainsi que dans la responsabilisation du personnel dans le cadre de ses rôles et de ses responsabilités.

Sources : Examen du dossier médical des résidents, de la plainte déposée auprès du directeur, de la politique de prévention des mauvais traitements et de la négligence à l'égard des résidents du titulaire de permis, et entretiens avec le personnel infirmier autorisé, la directrice des soins et la directrice générale.

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

Justification et résumé

Le directeur a reçu une plainte alléguant des mauvais traitements infligés par le personnel à une personne résidente. L'allégation indique que le personnel a reçu l'ordre, de la part d'un autre membre du personnel, de ne pas fournir de nourriture ou de liquides aux résidents dont l'état de santé a changé.

La politique du titulaire de permis en matière de prévention des mauvais traitements et de la négligence envers les résidents indique que tous les résidents ont droit à la dignité, au respect, à l'absence de négligence et à la protection contre les mauvais traitements. La politique indique que l'organisation applique une

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

« politique de tolérance zéro ». La politique stipule que tous les membres de l'équipe sont tenus de signaler immédiatement les cas de mauvais traitements et de négligence à la directrice générale ou à la personne désignée responsable de leur communauté.

Le personnel infirmier autorisé et non autorisé, ainsi que la directrice des soins, ont tous confirmé qu'ils savaient qu'un membre du personnel avait donné des instructions à d'autres membres du personnel pour qu'ils ne fournissent pas de nourriture ou de liquides aux résidents dont l'état de santé avait changé. Toutes les personnes interrogées ont identifié le membre du personnel concerné.

Les personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP) ont indiqué qu'elles n'avaient signalé les incidents à personne, car elles avaient été informées à ce sujet par le membre du personnel, qui était un superviseur, et ont également indiqué que certains membres du personnel infirmier autorisé avaient pour habitude de ne pas servir de nourriture ou de liquides aux résidents qui ne venaient pas à la salle à manger.

Le membre du personnel infirmier autorisé interrogé a indiqué qu'il n'avait pas signalé que la nourriture et les liquides n'étaient pas proposés aux résidents dont l'état de santé avait changé, car le foyer avait pour habitude de ne pas fournir de service de plateaux aux résidents qui ne venaient pas à la salle à manger.

Le diététiste professionnel (Dt.P.) a indiqué qu'il était conscient du fait que les résidents dont l'état de santé avait changé n'avaient pas reçu de nourriture ou de liquides, et a précisé que c'était sous la direction d'un membre du personnel identifié. Le Dt.P. a indiqué que les préoccupations concernant les pratiques du personnel avaient été portées à l'attention du directeur adjoint des soins, de la directrice des soins et de la directrice générale. Le Dt.P. a indiqué que les incidents concernaient des résidents identifiés, qui avaient tous connu un changement dans leur état de santé.

La directrice des soins a indiqué qu'elle avait entendu parler des allégations par une rumeur et qu'aucun membre du personnel ne lui avait officiellement fait part de ses préoccupations. La directrice des soins a indiqué qu'elle avait entendu dire qu'un membre du personnel était impliqué, mais qu'elle n'était pas intervenue, car il

Ministère des Soins de longue duréeDivision des opérations relatives aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée**District du Centre-Est**33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

s'agissait d'une « rumeur ». La directrice des soins a indiqué qu'elle ne se souvenait pas de l'implication des autres membres du personnel identifiés. La directrice des soins a indiqué qu'une correspondance écrite avait été affichée « ultérieurement » pour rappeler au personnel que tous les résidents doivent se voir offrir de la nourriture et des liquides, qu'ils se trouvent ou non dans la salle à manger. Elle a aussi indiqué que les incidents n'avaient pas été signalés au directeur.

La directrice générale a indiqué que tout le personnel est censé respecter la politique de tolérance zéro du titulaire de permis en matière de mauvais traitements et de négligence.

Le fait que le titulaire de permis ne s'assure pas que le personnel respecte sa politique de tolérance zéro à l'égard des mauvais traitements et de la négligence entraîne des lacunes dans les soins et les services offerts aux résidents et pose des problèmes de responsabilisation du personnel dans le cadre de ses rôles et de ses responsabilités.

Sources : Examen du dossier médical des résidents identifiés, de la plainte déposée auprès du directeur par l'auteur de la plainte, de la politique de prévention des mauvais traitements et de la négligence à l'égard des résidents du titulaire de permis, et entretiens avec les PSSP, IAA, IA, le diététiste professionnel, la directrice des soins et la directrice générale.

AVIS ÉCRIT : Marche à suivre relative aux plaintes – titulaires de permis

Problème de conformité n° 006 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de l'alinéa 26 (1) c) de la *LRSLD* (2021)

Marche à suivre relative aux plaintes – titulaires de permis

Paragraphe 26 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée prend les mesures suivantes :

c) il transmet immédiatement au directeur, de la manière énoncée dans les règlements, les plaintes écrites qu'il reçoit concernant les soins fournis à un résident ou l'exploitation d'un foyer si elles sont présentées sous la forme prévue par les règlements et qu'elles sont conformes à toute autre exigence que prévoient les règlements.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une plainte concernant les soins prodigués à une personne résidente et le fonctionnement du foyer de soins de longue durée soit immédiatement transmise au directeur.

Justification et résumé

Le directeur a reçu une plainte à multiples facettes concernant les soins prodigués à une personne résidente.

La directrice générale a indiqué avoir reçu une plainte écrite concernant la personne résidente. La correspondance écrite, reçue par la directrice générale, a été examinée. Le document fait état de plusieurs préoccupations liées aux soins prodigués à la personne résidente et au fonctionnement du foyer de soins de longue durée.

La directrice générale a indiqué que la préoccupation écrite n'avait pas été soumise au directeur. La directrice générale a indiqué qu'elle n'était pas au courant que les plaintes écrites concernant les soins aux résidents et/ou le fonctionnement du foyer de soins de longue durée devaient être transmises au directeur.

Le fait de ne pas transmettre les plaintes écrites au directeur retarde les éventuelles inspections du ministère des Soins de longue durée concernant les soins aux résidents et les problèmes opérationnels.

Sources : Examen de la plainte écrite adressée au titulaire de permis, de la plainte soumise au directeur, et entretiens avec la directrice des soins et la directrice générale.

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

Problème de conformité n° 007 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRS LD* (2021).

Non-respect : de la disposition 2 du paragraphe 28 (1) de la *LRS LD* (2021)

Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

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 le directeur soit immédiatement informé d'une allégation de mauvais traitements infligés par le personnel à une personne résidente.

Conformément au paragraphe 2 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22, aux fins de la définition de « mauvais traitements » au paragraphe 2 (1) de la Loi, « mauvais traitements d'ordre affectif » s'entend de gestes, actes, comportements ou remarques menaçants, insultants, intimidants ou humiliants et, notamment, de l'isolement social forcé, de l'ostracisme, du délaissement, du manque de reconnaissance ou de l'infantilisation de la part d'une personne autre qu'un résident.

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

Justification et résumé

Le directeur a reçu une plainte alléguant des mauvais traitements infligés par le personnel à une personne résidente.

Les membres du personnel interrogés ont indiqué qu'ils étaient au courant de l'incident présumé de mauvais traitements entre un membre du personnel et une personne résidente et qu'ils étaient en mesure d'identifier la personne résidente en question.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Le dossier médical de la personne résidente a été examiné. La documentation indiquait que la personne résidente présentait des comportements réactifs, et qu'un membre du personnel avait demandé à un autre membre du personnel de ne pas donner de repas à la personne résidente tant qu'elle n'avait pas pris ses médicaments.

Une IAA a indiqué qu'elle pensait que les mauvais traitements présumés infligés à une personne résidente avaient été signalés à la directrice des soins, au directeur adjoint des soins et à la directrice générale par un autre membre du personnel; une autre IAA a indiqué qu'elle avait signalé les mauvais traitements présumés à la directrice des soins au moyen d'une communication électronique et qu'elle avait envoyé une copie à la directrice adjointe et à la directrice générale. Une IA a indiqué qu'elle avait entendu parler de ces allégations par des « rumeurs ». Le personnel infirmier autorisé a indiqué qu'il n'avait pas signalé les mauvais traitements présumés au directeur.

La directrice des soins et la directrice générale ont nié avoir reçu des communications concernant l'incident présumé. Les deux ont confirmé que les cas de mauvais traitements présumés, soupçonnés ou constatés devaient être immédiatement signalés au directeur.

Le fait de ne pas signaler immédiatement au directeur les cas de mauvais traitements présumés, soupçonnés ou constatés retarde les inspections éventuelles du ministère des Soins de longue durée et entraîne un risque de préjudice pour les résidents.

Sources : Examen du dossier médical de la personne résidente et de la plainte déposée auprès du directeur, entretiens avec le personnel infirmier autorisé, la directrice des soins et la directrice générale.

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le directeur soit immédiatement informé d'une allégation de mauvais traitements infligés par le personnel à une personne résidente.

Conformément au paragraphe 2 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22, aux fins de la définition de « mauvais traitements » au paragraphe 2 (1) de la Loi, « mauvais traitements

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

d'ordre affectif » s'entend de gestes, actes, comportements ou remarques menaçants, insultants, intimidants ou humiliants et, notamment, de l'isolement social forcé, de l'ostracisme, du délaissement, du manque de reconnaissance ou de l'infantilisation de la part d'une personne autre qu'un résident.

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

Justification et résumé

Le directeur a reçu une plainte alléguant des mauvais traitements infligés par le personnel à une personne résidente.

La directrice des soins et la directrice générale ont indiqué qu'elles étaient au courant des allégations de mauvais traitements infligés à une personne résidente et qu'elles connaissaient toutes deux les membres du personnel et la personne résidente en cause.

Le dossier médical de la personne résidente a été examiné. La documentation indiquait que la personne résidente présentait des comportements réactifs, et qu'un membre du personnel avait demandé à un autre membre du personnel de ne pas donner de repas à la personne résidente tant qu'elle n'avait pas pris ses médicaments.

La directrice générale a confirmé que le membre du personnel avait admis avoir demandé à un autre membre du personnel de ne pas servir de repas à la personne résidente tant qu'elle n'avait pas pris ses médicaments. La directrice des soins et la directrice générale ont indiqué que l'incident de mauvais traitement présumé n'avait pas été signalé au directeur.

Le fait que le titulaire de permis n'ait pas signalé immédiatement au directeur les cas de mauvais traitements présumés, soupçonnés ou constatés chez les résidents

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

peut retarder les inspections du ministère des Soins de longue durée et entraîner un risque de préjudice pour les résidents.

Sources : Examen du dossier médical de la personne résidente et de la plainte déposée auprès du directeur, entretiens avec une IA, la directrice des soins et la directrice générale.

3. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le directeur soit immédiatement informé d'une allégation de négligence envers une personne résidente.

Conformément à l'article 7 du Règl. de l'Ontario 246/22, aux fins de la Loi et du présent règlement, la « 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. 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.

Justification et résumé

Le directeur a reçu une plainte alléguant de la négligence envers une personne résidente.

Les PSSP et le personnel infirmier autorisé ont indiqué que « certains membres du personnel avaient pour habitude de ne pas offrir de nourriture ou de liquides aux résidents dont l'état de santé avait changé ». Les PSSP ont indiqué qu'une personne résidente n'avait pas reçu de nourriture ou des liquides aux dates précédant sa sortie et une IAA a indiqué que des résidents identifiés n'avaient pas reçu de nourriture ou des liquides aux dates suivant un changement de leur état de santé. Toutes les personnes interrogées ne savaient pas qui avait donné cette orientation.

Le diététiste professionnel (Dt.P.) a indiqué qu'il était au courant de l'allégation et qu'un membre du personnel avait régulièrement interrompu les ordonnances de nutrition et d'hydratation pour les résidents dont l'état de santé s'était dégradé, et qu'il classait ces mêmes résidents comme « rien par voie orale ». Le Dt.P. a indiqué qu'il avait tenté de sensibiliser le personnel, mais que la pratique s'était poursuivie malgré ses efforts. Le Dt.P. a indiqué qu'il avait fait part de ses préoccupations concernant les pratiques du personnel au directeur adjoint des soins, à la directrice

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

des soins et à la directrice générale, afin qu'ils y remédient. Le Dt.P. a transmis à l'inspecteur la communication écrite de ses préoccupations.

La directrice des soins a indiqué qu'elle était au courant de l'allégation et qu'elle pensait que des résidents identifiés avaient pu être directement impliqués. La directrice des soins a indiqué qu'elle n'était pas au courant des incidents impliquant le personnel identifié et qu'elle n'aurait donc pas signalé la négligence présumée au directeur.

Le fait que le titulaire de permis ne signale pas immédiatement au directeur les allégations de négligence à l'égard d'une personne résidente retarde une éventuelle inspection par le ministère des Soins de longue durée.

Sources : Examen du dossier médical de la personne résidente, de la plainte déposée auprès du directeur, de la correspondance écrite du Dt.P. concernant les pratiques d'un membre du personnel, des communications par tableau de bord au moyen du logiciel électronique du titulaire de permis, et entretiens avec le personnel infirmier diplômé, le diététiste professionnel, la directrice des soins et la directrice générale.

AVIS ÉCRIT : Effets personnels et aides personnelles

Problème de conformité n° 008 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

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

Effets personnels et aides personnelles

Paragraphe 41 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque résident du foyer ait ses effets personnels, notamment ses aides personnelles, comme des prothèses dentaires, des lunettes et des aides auditives :

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les articles de soins personnels de chaque résident soient étiquetés.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Justification et résumé

Au cours de l'inspection, les éléments suivants ont été observés dans les chambres des résidents :

- une chambre de personne résidente identifiée – 3 brosses à dents, 2 tubes de dentifrice, des peignes et des brosses, 2 bouteilles de gel de douche, une bouteille de lotion au silicone, une bouteille de shampoing pour cheveux secs, un bassin réniforme et deux paniers de soins ont été observés sans étiquette sur le comptoir d'une salle de bains partagée par les résidents.
- une chambre de personne résidente identifiée – un gobelet pour prothèse dentaire a été observé sans étiquette sur une table de chevet dans une chambre de personne résidente.
- une chambre de personne résidente identifiée – une brosse à dents, une brosse à dents électrique et un tube de dentifrice ont été observés sans étiquette sur le comptoir des toilettes partagées par les résidents.

Le directeur adjoint des soins – responsable de la prévention et du contrôle des infections a indiqué que tous les articles de soins personnels des résidents devaient être étiquetés.

Le fait que le titulaire de permis n'ait pas veillé à ce que les articles de soins personnels de chaque personne résident soient étiquetés a posé un problème d'utilisation potentielle par d'autres résidents, n'est pas hygiénique et présente un risque de préjudice potentiel résultant de la transmission d'infections acquises dans le cadre de soins de santé.

Sources : Observations et entretien avec le directeur adjoint des soins, responsable de la PCI.

AVIS ÉCRIT : Comportements réactifs

Problème de conformité n° 009 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de l'alinéa 58 (4) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Comportements réactifs

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Paragraphe 58 (4) Le titulaire de permis veille à ce qui suit pour chaque résident qui affiche des comportements réactifs :

b) des stratégies sont élaborées et mises en œuvre pour réagir à ces comportements, dans la mesure du possible;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des procédures soient mises en œuvre pour une personne résidente présentant des comportements réactifs.

Justification et résumé

Le directeur a reçu une plainte alléguant des mauvais traitements infligés par le personnel à une personne résidente. L'allégation concernait une personne résidente qui avait présenté des comportements réactifs.

La directrice des soins a indiqué qu'elle était au courant de l'incident de mauvais traitements présumés et a identifié la personne résidente concernée.

Le dossier médical de la personne résidente a été examiné. La documentation indique que la personne résidente est connue pour avoir des comportements réactifs et des éléments déclencheurs de ces comportements. La documentation a permis de déterminer que des interventions avaient été mises en place pour réduire et/ou éliminer les comportements. La documentation fournit des détails sur l'incident et les mesures prises par le personnel impliqué.

Les PSSP et une IAA ont indiqué que la personne résidente était connue pour avoir des comportements réactifs et que les déclencheurs de ces comportements et les causes des escalades comportementales étaient connus du personnel.

Le personnel directement concerné a confirmé qu'il connaissait les déclencheurs de la personne résidente et a indiqué qu'il n'avait pas mis en œuvre les stratégies prévues lorsque celle-ci présentait des comportements réactifs le jour de l'incident.

L'absence de mise en œuvre des meilleures stratégies de soins pour une personne résidente présentant des comportements réactifs a mis en péril le bien-être de la personne résidente et a entraîné un risque de préjudice pour les autres.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

La directrice générale a indiqué que le personnel n'avait pas suivi les stratégies élaborées le jour de l'incident.

Sources : Examen du dossier médical de la personne résidente et de la plainte déposée auprès du directeur, entretiens avec le personnel infirmier autorisé et non autorisé, la directrice des soins et la directrice générale.

AVIS ÉCRIT : Service de restauration et de collation

Problème de conformité n° 010 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

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.

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les résidents qui ont besoin d'aide pour manger ou boire ne se voient pas servir un repas avant que quelqu'un ne soit disponible pour les aider.

Justification et résumé

Le directeur a reçu une plainte à multiples facettes. La plainte alléguait qu'une personne résidente n'était pas aidée à se rendre à la salle à manger et qu'elle n'était pas soutenue pendant les repas et les collations.

Le dossier médical de la personne résidente a été examiné. La personne résidente a été observée pendant le service des repas; elle a reçu son repas et celui-ci est resté sur la table pendant un certain temps avant que le personnel ne s'assoie pour l'aider.

Une PSSP et une IAA ont indiqué que la personne résidente avait récemment été placée sur une table d'assistance où le personnel devait s'asseoir avec elle et l'encourager et l'aider en permanence. La PSSP a confirmé qu'aucun membre du personnel n'avait aidé la personne résidente à cette date, jusqu'à ce qu'elle s'assoie elle-même pour aider la personne résidente.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Le diététiste professionnel a indiqué que les repas ne devraient pas être placés devant les résidents qui ont besoin d'aide jusqu'à ce que le personnel soit prêt à aider ces derniers à prendre leur repas.

Le fait que le titulaire de permis ne s'assure pas que les résidents qui ont besoin d'aide pour manger et boire reçoivent l'aide dont ils ont besoin présente un risque pour ces derniers en ce qui a trait à la nutrition et à l'hydratation, et fait en sorte que les résidents vivent une expérience désagréable au moment des repas.

Sources : Observations, examen du dossier médical de la personne résidente, plainte reçue par le directeur et entretiens avec l'auteur de la plainte, le personnel infirmier autorisé et non autorisé, le diététiste professionnel et la directrice des soins.

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les résidents qui ont besoin d'aide pour manger ou boire ne se voient pas servir un repas avant que quelqu'un ne soit disponible pour les aider.

Justification et résumé

Le directeur a reçu une plainte à multiples facettes. La plainte alléguait qu'une personne résidente n'était pas incitée à manger et à boire pendant les repas et les collations.

Lors de l'inspection, le service des repas a été observé. Pendant les repas, des résidents ont été observés avec leur repas sur la table, devant eux, pendant de nombreuses minutes avant que le personnel ne les aide à prendre leur repas. Les résidents observés ont besoin d'une assistance complète pour leur repas.

Le diététiste professionnel a confirmé que les résidents avaient besoin d'une assistance complète au moment des repas. Le diététiste professionnel a indiqué que les repas ne devraient pas être placés devant les résidents qui ont besoin d'aide jusqu'à ce que le personnel soit prêt à aider ces derniers à prendre leur repas.

Le fait que le titulaire de permis ne s'assure pas que les résidents qui ont besoin d'aide pour manger et boire reçoivent l'aide dont ils ont besoin présente un risque

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

pour ces derniers en ce qui a trait à la nutrition et à l'hydratation, et fait en sorte que les résidents vivent une expérience désagréable au moment des repas.

Sources : Observations et un entretien avec le diététiste professionnel.

AVIS ÉCRIT : Prévention et contrôle des infections

Problème de conformité n° 011 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de l'alinéa 102 (g) a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programme de prévention et de contrôle des infections

Paragraphe 102 (g) Le titulaire de permis veille à ce qui suit au cours de chaque quart de travail :

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

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les résidents présentant des symptômes indiquant la présence d'infections soient surveillés à chaque quart de travail.

Conformément à la Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée, septembre 2023 (Norme de PCI), la section 3.1 des exigences supplémentaires stipule que le titulaire de permis doit s'assurer que des mesures de surveillance sont prises, plus précisément que la surveillance des infections est effectuée à tous les quarts de travail.

Justification et résumé

Le titulaire de permis a soumis au directeur un incident critique (IC) concernant une éclosion.

La liste hiérarchique du titulaire de permis, l'IC et les dossiers médicaux cliniques de la personne résidente identifiée comme un cas dans l'éclosion ont été examinés. La documentation indique que la personne résidente a été évaluée, à une date donnée, comme ayant des signes vitaux anormaux et des changements dans ses besoins en matière de soins. La documentation indique que le lendemain, la

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

personne résidente était symptomatique; des tests de diagnostic ont été effectués, la personne résidente a été confirmée comme étant un cas et a été placée en isolement. La documentation n'indiquait pas que la personne résidente avait fait l'objet d'une surveillance à chaque quart de travail entre les dates examinées.

Le directeur adjoint des soins – responsable de la prévention et du contrôle des infections a indiqué que les résidents présentant des symptômes d'infection devaient être surveillés à chaque quart de travail jusqu'à ce que leurs symptômes disparaissent et, dans le cas d'une éclosion, jusqu'à ce qu'ils soient retirés de l'isolement.

Le fait que le titulaire de permis n'ait pas veillé à ce que les résidents présentant des symptômes d'infection soient surveillés à chaque quart de travail a entraîné un risque de préjudice pour la personne résidente, en particulier en ce qui concerne la détection de l'aggravation des symptômes ou de l'état de santé d'une personne résidente.

Sources : Examen du dossier médical clinique de la personne résidente, de l'IC, de la liste hiérarchique du titulaire de permis, de la déclaration de l'éclosion au bureau de santé publique, et entretien avec le directeur adjoint des soins – responsable de la prévention et du contrôle des infections.

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les résidents présentant des symptômes indiquant la présence d'infections soient surveillés à chaque quart de travail.

Conformément à la Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée, septembre 2023 (Norme de PCI), la section 3.1 des exigences supplémentaires stipule que le titulaire de permis doit s'assurer que des mesures de surveillance sont prises, plus précisément que la surveillance des infections est effectuée à tous les quarts de travail.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Justification et résumé

Le titulaire de permis a soumis au directeur un incident critique (IC) concernant une éclosion.

La liste hiérarchique du titulaire de permis, l'IC et les dossiers médicaux cliniques d'une personne résidente identifiée comme un cas dans l'éclosion ont été examinés. La documentation indique que la personne résidente était symptomatique, qu'il a été confirmé qu'il s'agissait d'un cas de l'éclosion et qu'elle a été placée en isolement. La documentation n'indiquait pas que la personne résidente avait été surveillée à chaque quart de travail alors qu'elle présentait une infection.

Le directeur adjoint des soins – responsable de la prévention et du contrôle des infections a indiqué que les résidents présentant des symptômes d'infection devaient être surveillés à chaque quart de travail jusqu'à ce que leurs symptômes disparaissent et, dans le cas d'une éclosion, jusqu'à ce qu'ils soient retirés de l'isolement.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les résidents présentant des symptômes d'infection soient surveillés à chaque quart de travail jusqu'à ce que les symptômes disparaissent, ce qui a entraîné un risque de préjudice pour la personne résidente.

Sources : Examen du dossier médical clinique de la personne résidente, de l'IC, de la liste hiérarchique du titulaire de permis, de la déclaration de l'éclosion au bureau de santé publique, et entretien avec le directeur adjoint des soins – responsable de la prévention et du contrôle des infections.

3. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente présentant des symptômes indiquant la présence d'une infection soit surveillée à chaque quart de travail.

Conformément à la Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée, septembre 2023 (Norme de PCI), la section 3.1 des exigences supplémentaires stipule que le titulaire de permis doit s'assurer que des

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

mesures de surveillance sont prises, plus précisément que la surveillance des infections est effectuée à tous les quarts de travail.

Justification et résumé

Une plainte à multiples facettes a été soumise au directeur par l'auteur d'une plainte, concernant les soins prodigués à une personne résidente.

Lors de l'inspection de la plainte, le dossier médical clinique de la personne résidente a été examiné. La documentation indique que le médecin de garde a été contacté au sujet de l'escalade des comportements et de la possibilité que la personne résidente ait une infection. La documentation indique que des ordonnances médicales ont été reçues pour la mise en place d'un médicament, et indique également que le médicament a été mis en place. La documentation examinée n'indiquait pas que la personne résidente avait été surveillée à chaque quart de travail pendant la période où l'on soupçonnait qu'elle souffrait d'une infection.

Le directeur adjoint des soins a indiqué que les résidents atteints ou soupçonnés d'être atteints d'une infection devaient être surveillés à chaque quart de travail jusqu'à ce que leurs symptômes disparaissent.

Le fait de ne pas surveiller une personne résidente présentant des symptômes d'infection constitue un risque de préjudice pour la personne résidente, notamment en ce qui concerne la réaction de celle-ci et l'efficacité des médicaments prescrits et du traitement d'une infection aiguë.

Sources : Examen du dossier médical clinique de la personne résidente, Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée, septembre 2023, et entretien avec le directeur adjoint des soins.

4. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente présentant des symptômes indiquant la présence d'une infection soit surveillée à chaque quart de travail.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Conformément à la Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée, septembre 2023 (Norme de PCI), la section 3.1 des exigences supplémentaires stipule que le titulaire de permis doit s'assurer que des mesures de surveillance sont prises, plus précisément que la surveillance des infections est effectuée à tous les quarts de travail.

Justification et résumé

Une plainte à multiples facettes a été soumise au directeur par l'auteur d'une plainte, concernant les soins prodigués à une personne résidente.

Le mandataire spécial de la personne résidente a fait part de ses préoccupations lors de l'inspection concernant un changement dans l'état de santé de la personne résidente, qui nécessiterait un transfert vers un établissement de soins aigus.

Le dossier médical de la personne résidente a été examiné. La documentation a permis de déterminer que la personne résidente présentait un changement dans son état de santé et ses capacités. La personne résidente a été évaluée par le personnel infirmier autorisé et le physiothérapeute, et il a été décidé de la transférer dans un établissement de soins de courte durée pour une évaluation plus poussée. La documentation indiquait qu'une infection avait été diagnostiquée chez la personne résidente, que des médicaments lui avaient été prescrits et que celle-ci avait été retransférée dans le foyer de soins de longue durée. La documentation n'indique pas que la personne résidente a été surveillée de manière cohérente pendant tous les quarts de travail lorsqu'elle était atteinte d'une infection.

Le directeur adjoint des soins a indiqué que les résidents atteints ou soupçonnés d'être atteints d'une infection devaient être surveillés à chaque quart de travail jusqu'à ce que leurs symptômes disparaissent.

Le fait de ne pas surveiller une personne résidente présentant des symptômes d'infection constitue un risque de préjudice pour la personne résidente, notamment en ce qui concerne la réaction de celle-ci et l'efficacité des médicaments prescrits pour une infection aiguë.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Sources : Examen du dossier médical clinique de la personne résidente, Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée, septembre 2023, et entretien avec le directeur adjoint des soins.

AVIS ÉCRIT : Prévention et contrôle des infections

Problème de conformité n° 012 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

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

Programme de prévention et de contrôle des infections

Paragraphe 102 (g) Le titulaire de permis veille à ce qui suit au cours de chaque quart de travail :

b) les symptômes sont consignés et les mesures nécessaires sont prises immédiatement pour réduire la transmission, isoler les résidents et les mettre en groupe au besoin. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 102 (g).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des mesures immédiates soient prises pour réduire la transmission et isoler une personne résidente qui présentait des symptômes d'infection.

Justification et résumé

Le titulaire de permis a soumis au directeur un incident critique (IC) concernant une éclosion.

La liste hiérarchique du titulaire de permis, l'IC et les dossiers médicaux cliniques d'une personne résidente identifiée comme un cas dans l'éclosion.

La documentation a permis de constater ce qui suit :

- À une date donnée, le personnel infirmier autorisé a estimé qu'une personne résidente présentait un changement dans son état de santé. Au cours de ce même quart de travail, la documentation indique que les besoins en soins et les capacités de la personne résidente ont changé. La documentation indiquait que le mandataire spécial de la personne résidente avait été appelé au sujet de l'évolution de l'état de santé et des comportements de cette dernière.
- Le lendemain, une infirmière auxiliaire autorisée (IAA) a constaté que les signes vitaux de la personne résidente continuaient d'être anormaux et que cette dernière

Ministère des Soins de longue duréeDivision des opérations relatives aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée**District du Centre-Est**33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

était sortie et s'était promenée dans le foyer de soins de longue durée comme d'habitude. Quelques heures plus tard, la personne résidente s'est plainte de ne pas se sentir bien et a été évaluée par une IAA comme étant symptomatique; un test de diagnostic a été effectué et s'est avéré positif. À ce moment, la personne résidente a été placée en isolement.

La documentation n'indiquait pas que la personne résidente avait été immédiatement placée en isolement alors qu'elle présentait des symptômes d'infection et que ses besoins en matière de soins et ses capacités avaient changé.

Le directeur adjoint des soins – responsable de la prévention et du contrôle des infections a indiqué que les résidents présentant des symptômes d'infection devaient être immédiatement placés en isolement et surveillés.

Le fait que le titulaire de permis n'ait pas veillé à ce qu'une personne résidente présentant des symptômes d'infection soit immédiatement isolée a entraîné un risque de préjudice pour les autres résidents et a potentiellement contribué à la propagation des infections au sein du foyer de soins de longue durée.

Sources : Examen du dossier médical clinique de la personne résidente, de l'IC, de la liste hiérarchique du titulaire de permis, de la déclaration de l'écllosion au bureau de santé publique, et entretiens avec le directeur adjoint des soins – responsable de la prévention et du contrôle des infections.

AVIS ÉCRIT : Avis : incidents

Problème de conformité n° 013 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : Alinéa 104 (1) b) 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 y en a un, et toute autre personne que précise le résident :

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

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le mandataire spécial d'une personne résidente soit informé d'un incident présumé impliquant cette personne.

Justification et résumé

Le directeur a reçu une plainte alléguant des mauvais traitements infligés par le personnel à une personne résidente.

La directrice des soins a indiqué qu'elle était au courant de l'allégation et a identifié la personne résidente concernée.

Le dossier médical de la personne résidente a été examiné. La documentation a permis de constater que l'incident s'était produit. L'examen n'a pas permis de déterminer si le mandataire spécial de la personne résidente avait été informé de l'incident présumé.

La directrice des soins a indiqué que l'incident n'avait pas été signalé au mandataire spécial de la personne résidente, car il ne s'agissait que d'une rumeur et que rien n'avait été officiellement signalé.

Le fait de ne pas avoir informé le mandataire spécial d'une personne résidente d'une allégation de mauvais traitements infligés par le personnel à une personne résidente a entraîné des lacunes dans les soins et les services, en particulier en ce qui concerne la politique de tolérance zéro à l'égard des mauvais traitements et de la négligence du titulaire de permis, a posé des risques de préjudice à la relation infirmière-client en ce qui concerne la transparence et la divulgation, et a empêché le mandataire spécial d'être impliqué au besoin dans les changements apportés au programme de soins de la personne résidente et dans le soutien apporté à cette dernière.

Sources : Examen du dossier médical des résidents, de la plainte déposée auprès du directeur, de la politique de prévention des mauvais traitements et de la négligence à l'égard des résidents du titulaire de permis, et entretiens avec le personnel infirmier autorisé, la directrice des soins et la directrice générale.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le mandataire spécial d'une personne résidente soit informé d'un incident présumé impliquant des résidents.

Justification et résumé

Le directeur a reçu une plainte alléguant des mauvais traitements infligés par le personnel à une personne résidente.

La directrice des soins a indiqué être au courant des allégations et a identifié les résidents qui, selon elle, étaient impliqués.

Le dossier médical des résidents a été examiné. La documentation n'indiquait pas que le mandataire spécial de la personne résidente avait été informé des incidents présumés.

La directrice des soins a indiqué que les incidents avaient été portés à son attention par des rumeurs et qu'elle n'avait donc pas prévenu les mandataires spéciaux de la personne résidente.

Le fait de ne pas notifier au mandataire spécial d'une personne résidente un incident présumé de mauvais traitements infligés par le personnel à cette personne a entraîné des lacunes dans les soins et les services, en particulier en ce qui concerne la tolérance zéro à l'égard des mauvais traitements et de la négligence envers les résidents, a posé des risques liés à la transparence et à la divulgation, et a empêché les mandataires spéciaux d'être impliqués, le cas échéant, dans le soutien aux personnes résidentes et/ou dans les changements apportés au programme de soins de la personne résidente.

Sources : Examen du dossier médical des résidents, de la plainte déposée auprès du directeur, de la politique de prévention des mauvais traitements et de la négligence à l'égard des résidents du titulaire de permis, et entretiens avec le personnel infirmier autorisé, la directrice des soins et la directrice générale.

AVIS ÉCRIT : Avis : incidents

Problème de conformité n° 014 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (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^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Non-respect : du paragraphe 104 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Avis : incidents

Paragraphe 104 (2) Le titulaire de permis veille à ce que le résident et son mandataire spécial, s'il en a un, soient avisés des résultats de l'enquête exigée en application du paragraphe 27 (1) de la Loi et ce, dès la fin de l'enquête.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le mandataire spécial de la personne résidente soit avisé des résultats de l'enquête exigée en vertu du paragraphe 27 (1) de la Loi, dès la fin de l'enquête.

Justification et résumé

Le directeur a reçu une plainte alléguant des mauvais traitements infligés par le personnel à une personne résidente.

La directrice des soins a indiqué qu'elle était au courant de l'incident présumé et a identifié la personne résidente concernée.

Le dossier médical de la personne résidente a été examiné. La documentation a permis de constater que l'incident s'était produit. La directrice générale a confirmé que l'incident de mauvais traitement présumé d'une personne résidente avait fait l'objet d'une enquête. La documentation n'indiquait pas que le mandataire spécial de la personne résidente avait été informé des résultats de l'enquête.

La directrice générale a indiqué que le résultat de l'enquête n'avait pas été communiqué au mandataire spécial de la personne résidente.

Le fait de ne pas informer le mandataire d'une personne résidente de l'issue d'une allégation de mauvais traitements a entraîné des lacunes dans les soins et les services, notamment en ce qui concerne la tolérance zéro à l'égard des mauvais traitements et de la négligence à l'égard d'une personne résidente, la transparence et la divulgation, et empêche en outre le mandataire d'être impliqué, le cas échéant, dans les changements apportés au programme de soins de la personne résidente.

Sources : Examen du dossier médical des résidents, de la plainte déposée auprès du directeur, de la politique de prévention des mauvais traitements et de la

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

négligence à l'égard des résidents du titulaire de permis, et entretiens avec le personnel infirmier autorisé, la directrice des soins et la directrice générale.

AVIS ÉCRIT : Traitement des plaintes

Problème de conformité n° 015 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de la sous-disposition 3 i du paragraphe 108 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Traitement des plaintes

Paragraphe 108 (1) Le titulaire de permis veille à ce que chaque plainte écrite ou verbale qu'il reçoit ou que reçoit un membre du personnel concernant les soins fournis à un résident ou l'exploitation du foyer soit traitée comme suit :

3 La réponse fournie à l'auteur d'une plainte comprend ce qui suit :

i. le numéro de téléphone sans frais du ministère à composer pour porter plainte au sujet des foyers, ses heures de service et les coordonnées de l'ombudsman des patients visé à la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous et au ministère*,

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la réponse fournie à une personne ayant déposé une plainte comprenne le numéro de téléphone sans frais du ministère pour les plaintes concernant les foyers, les heures de service et les coordonnées de l'ombudsman des patients.

Justification et résumé

Le directeur a reçu une plainte à multiples facettes concernant les soins prodigués à une personne résidente. La plainte a été déposée par le mandataire spécial de la personne résidente.

La directrice générale a indiqué avoir reçu une plainte électronique de la part du mandataire spécial de la personne résidente. La directrice générale a indiqué qu'une plainte électronique serait considérée comme une plainte « écrite ».

La correspondance écrite adressée à la directrice générale et la réponse de cette dernière ont été examinées. La documentation n'indiquait pas la réponse incluse, le numéro de téléphone gratuit du ministère pour les plaintes concernant les foyers, les heures de service et les coordonnées de l'ombudsman des patients.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

La directrice générale a indiqué qu'elle était « nouvelle » et qu'elle n'était pas au courant des exigences légales concernant la réponse à donner à l'auteur d'une plainte.

Le fait que le titulaire de permis n'ait pas veillé à ce que la personne désignée, en particulier la directrice générale, soit au courant des exigences législatives, a entraîné des lacunes dans les soins et les services au sein du foyer de soins de longue durée, notamment en ce qui concerne le « traitement des plaintes ».

Sources : Examen d'une plainte écrite adressée à la directrice générale, d'une plainte soumise au directeur et d'un entretien avec la directrice générale.

AVIS ÉCRIT : Traitement des plaintes

Problème de conformité n° 016 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de l'alinéa 108 (2) c) du Règl. de l'Ont. 246/22

Traitement des plaintes

Paragraphe 108 (2) Le titulaire de permis veille à ce que soit tenu au foyer un dossier documenté où figurent notamment les renseignements suivants :

c) le type de mesures prises pour régler la plainte, notamment la date où elles ont été prises, l'échéancier des mesures à prendre et tout suivi nécessaire;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'il y ait un registre documenté des plaintes conservées dans le foyer, comprenant la date de la mesure prise et le délai pour les mesures à prendre en ce qui concerne le suivi, particulièrement en ce qui concerne une plainte du mandataire spécial d'une personne résidente.

Justification et résumé

Le directeur a reçu une plainte à multiples facettes concernant les soins prodigués à une personne résidente. La plainte a été déposée par le mandataire spécial de la personne résidente.

La directrice générale a confirmé qu'elle avait reçu des plaintes écrites de la part du mandataire spécial de la personne résidente concernant les soins prodigués à cette

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

dernière et le fonctionnement du foyer de soins de longue durée, à des dates déterminées.

Le dossier médical clinique de la personne résidente, la correspondance écrite du mandataire spécial de la personne résidente et la réponse de la directrice générale ont été examinés. La documentation n'indiquait pas les mesures prises en réponse à la plainte ni les délais prévus pour la résolution de la plainte.

La directrice générale a indiqué qu'elle était « nouvelle dans son rôle » et qu'elle n'était pas familiarisée avec les exigences de la loi en matière de traitement des plaintes.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les plaintes soient documentées, y compris les mesures prises et les délais pour les mesures à prendre dans le cadre de la résolution des plaintes, ce qui a entraîné des lacunes dans les soins et les services, en ce qui concerne le traitement des plaintes.

Sources : Examen des plaintes déposées auprès du titulaire de permis par le mandataire spécial d'une personne résidente, de la politique du titulaire de permis sur le programme de gestion des plaintes, et entretiens avec la directrice des soins et la directrice générale.

AVIS ÉCRIT : Traitement des plaintes

Problème de conformité n° 017 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de l'alinéa 108 (2) d) du Règl. de l'Ont. 246/22

Traitement des plaintes

Paragraphe 108 (2) Le titulaire de permis veille à ce que soit tenu au foyer un dossier documenté où figurent notamment les renseignements suivants :

d) le règlement définitif, le cas échéant;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer conserve un dossier documenté comprenant le règlement définitif, s'il y a lieu, des plaintes reçues par le mandataire spécial d'une personne résidente.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Justification et résumé

Le directeur a reçu une plainte à multiples facettes concernant les soins prodigués à une personne résidente. La plainte a été déposée par le mandataire spécial de la personne résidente.

La directrice générale a confirmé qu'elle avait reçu des plaintes écrites de la part du mandataire spécial de la personne résidente concernant les soins prodigués à cette dernière et le fonctionnement du foyer de soins de longue durée, à des dates déterminées.

Le dossier médical clinique de la personne résidente, la correspondance écrite du mandataire spécial de la personne résidente et la réponse de la directrice générale ont été examinés. La documentation n'a pas permis de déterminer le règlement définitif des plaintes déposées par le mandataire de la personne résidente.

La directrice générale a indiqué qu'elle était « nouvelle dans son rôle » et qu'elle n'était pas familiarisée avec les exigences de la loi en matière de traitement des plaintes.

Le fait que le titulaire de permis n'ait pas veillé à ce que les plaintes soient documentées, y compris le règlement définitif des plaintes reçues, a mis en évidence des lacunes dans les soins et les services, en ce qui concerne la gestion des préoccupations.

Sources : Examen des plaintes déposées auprès du titulaire de permis par le mandataire spécial d'une personne résidente, de la politique du titulaire de permis sur le programme de gestion des plaintes, et entretiens avec la directrice des soins et la directrice générale.

AVIS ÉCRIT : Traitement des plaintes

Problème de conformité n° 018 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

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

Traitement des plaintes

Paragraphe 108 (3) Le titulaire de permis veille à ce qui suit :

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

a) le dossier documenté est examiné et analysé pour déceler les tendances au moins une fois chaque trimestre;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les plaintes soient examinées et analysées au moins une fois par trimestre afin d'en dégager les tendances.

Justification et résumé

Le directeur a reçu une plainte à multiples facettes concernant les soins prodigués à une personne résidente.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les plaintes soient examinées. La directrice générale a indiqué qu'elle avait reçu des plaintes écrites concernant les soins prodigués aux résidents et le fonctionnement du foyer de soins de longue durée, de la part d'une personne résidente et de la famille d'autres résidents. La directrice générale a indiqué que ni elle ni son équipe de direction n'examinent et n'analysent les plaintes. La directrice générale a indiqué qu'elle était nouvelle dans son rôle et dans le foyer et qu'elle n'avait pas examiné et analysé les plaintes depuis son arrivée.

Le fait de ne pas examiner et analyser les plaintes pour déceler les tendances et les lacunes dans les soins et les services est lié à la gestion des plaintes et empêche les améliorations potentielles au sein du foyer de soins de longue durée.

Sources : Examen d'une plainte écrite adressée à la directrice générale, d'une plainte soumise au directeur, de la politique du titulaire de permis relative au programme de gestion des plaintes et d'un entretien avec la directrice générale.

AVIS ÉCRIT : Administration des médicaments

Problème de conformité n° 019 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : du paragraphe 140 (6) du Règl. de l'Ont. 246/22

Administration des médicaments

Paragraphe 140 (6) Le titulaire de permis veille à ce qu'aucun résident ne s'administre un médicament à moins que l'administration du médicament n'ait été

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

approuvée par le prescripteur en consultation avec le résident. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 140 (6).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'aucune personne résidente ne se soit administré un médicament à moins que l'administration du médicament n'ait été approuvée par le prescripteur en consultation avec la personne résidente.

Justification et résumé

Au cours de l'inspection, une personne résidente a été observée avec des médicaments sur son appareil de mobilité dans la salle à manger; cette personne a ensuite été observée avec des médicaments dans sa chambre.

La personne résidente n° 017 a indiqué que les médicaments lui étaient donnés par le personnel infirmier autorisé pendant les repas; la personne résidente a indiqué qu'elle s'administrait elle-même ses médicaments et qu'elle remettait le médicament à l'infirmière avant de quitter la salle à manger. La personne résidente a indiqué qu'elle gardait toujours les autres médicaments avec elle, car elle s'administre elle-même les médicaments dont elle a besoin.

Le dossier médical de la personne résidente a été examiné. La documentation confirmait que les médicaments avaient été prescrits à la personne résidente, mais n'indiquait pas que le médecin avait approuvé l'auto-administration du médicament ou que la personne résidente avait été consultée au sujet de l'auto-administration d'un médicament.

Une infirmière autorisée (IA) et la directrice des soins ont indiqué qu'un médecin doit approuver l'auto-administration de médicaments par une personne résidente. L'IA et la directrice des soins ont indiqué que la personne résidente n'avait pas reçu l'ordre de s'autoadministrer des médicaments.

Le fait que le titulaire de permis n'ait pas veillé à ce qu'aucune personne résidente ne s'administre un médicament sans l'approbation du médecin et/ou la consultation de la personne résidente a entraîné un risque de préjudice pour cette dernière.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Sources : Observations, examen du dossier médical de la personne résidente, de la politique du titulaire de permis sur l'auto-administration des médicaments, et entretiens avec une IA, la directrice des soins et la directrice générale.

AVIS ÉCRIT : Régimes médicamenteux des résidents

Problème de conformité n° 020 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de l'alinéa 146 a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Régimes médicamenteux des résidents

Article 146. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

a) lorsqu'un résident prend un médicament ou un mélange de médicaments, notamment des médicaments psychotropes, sa réaction ainsi que l'efficacité du médicament font l'objet d'une surveillance et sont documentées compte tenu du niveau de risque que le résident court en l'occurrence;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, lorsqu'une personne résidente prenait un médicament ou une combinaison de médicaments, la réaction de la personne résidente et l'efficacité des médicaments fassent l'objet d'une surveillance et d'une documentation.

Justification et résumé

Lors de l'inspection, une personne résidente a été observée dans la salle à manger avec des médicaments sur son déambulateur. La personne résidente a été observée plus tard avec des médicaments dans sa chambre.

La personne résidente a indiqué qu'elle venait de rentrer de l'hôpital. La personne résidente a indiqué qu'on lui avait prescrit des médicaments et qu'elle gardait le seul médicament avec elle pour l'utiliser en cas de besoin. La personne résidente a indiqué qu'elle s'administrait elle-même les médicaments au moins deux fois par jour et qu'elle l'avait fait depuis son retour de l'hôpital. La personne résidente a indiqué qu'elle ne communiquait pas avec le personnel infirmier autorisé lorsqu'elle s'administrait elle-même ses médicaments, et que le personnel ne lui demandait pas non plus si elle avait utilisé ses médicaments.

Ministère des Soins de longue duréeDivision des opérations relatives aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée**District du Centre-Est**33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Le dossier médical de la personne résidente a été examiné. La documentation indique que le médicament a été prescrit par le médecin pour la personne résidente et précise le mode d'emploi, le cas échéant. La documentation n'indique pas que la réaction de la personne résidente et l'efficacité des médicaments ont fait l'objet d'un suivi et d'une documentation.

La directrice des soins a confirmé qu'il aurait fallu surveiller et documenter l'efficacité du médicament et la réaction de la personne résidente au médicament, d'autant plus que la personne résidente venait de rentrer de l'hôpital.

Le fait de ne pas s'assurer que la réaction d'une personne résidente à un médicament et que l'efficacité de ce dernier ont été contrôlées et documentées présentait un risque de préjudice pour une personne résidente, en particulier une personne résidente qui se remettait d'un changement aigu de son état de santé.

Sources : Observations, examen du dossier clinique de la personne résidente et entretien avec la directrice des soins.

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 001 Température ambiante

Problème de conformité n° 021 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : du paragraphe 24 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Température ambiante

Paragraphe 24 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que la température ambiante du foyer soit maintenue à au moins 22 degrés Celsius.

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

Le titulaire de permis doit :

1) Lorsqu'il est constaté que la température de l'air dans le foyer de soins de longue durée est inférieure à 22 degrés Celsius, le gestionnaire de l'entretien ou la directrice générale doit prendre immédiatement des mesures correctives pour ramener la température de l'air à un minimum de 22 degrés Celsius. Les

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

températures de l'air et les mesures correctives doivent être consignées, avec la date, l'heure et les mesures correctives prises. La documentation doit être conservée et mise immédiatement à la disposition de l'inspecteur sur demande.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la température ambiante du foyer soit maintenue à au moins 22 degrés Celsius.

Justification et résumé

Lors de l'inspection du foyer de soins de longue durée, il a été observé que les climatiseurs portables de deux salles à manger communautaires étaient réglés à 17 degrés Celsius, et que la salle à manger de la troisième communauté était réglée à 19 degrés Celsius. Des résidents ont été entendus dire qu'il faisait « froid » pendant les repas.

Les registres de la température moyenne des biens du titulaire de permis ont été examinés. La documentation indiquait que la température de l'air était inférieure à 22 degrés Celsius dans les parties communes accessibles aux résidents, en particulier dans les salles à manger, les salons de foyer, la salle Snoezelen, une salle d'activité, et dans les chambres de certains résidents. La documentation n'indiquait pas que des mesures correctives avaient été prises lorsque les températures de l'air enregistrées étaient inférieures à l'exigence légale à plusieurs dates et heures de l'inspection.

Le gestionnaire de l'entretien a indiqué qu'il savait que la température de l'air dans le foyer devait être maintenue à un minimum de 22 degrés Celsius. Le gestionnaire de l'entretien a indiqué qu'il faisait de son mieux pour maintenir la température de l'air entre 22 et 26 degrés Celsius, mais qu'en dépit des rappels continus au personnel, verbalement et par écrit, « le personnel continue à régler les unités de climatisation », ce qui contribue à faire descendre la température de l'air en dessous de 22 degrés Celsius. Le gestionnaire de l'entretien a également indiqué qu'il pensait que les thermostats de certaines salles communes des résidents « ne fonctionnaient peut-être pas » et que cela pouvait donc contribuer à ce que les températures enregistrées soient inférieures à 22 degrés Celsius.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Le fait que le titulaire de permis ne maintienne pas le foyer à une température minimale de 22 degrés Celsius est source d'inconfort pour les résidents et crée une expérience familiale désagréable pour les résidents du foyer de soins de longue durée.

Sources : Observations, examen des registres de la température moyenne des biens du titulaire de permis pour les dates de l'inspection, entretiens avec les résidents, le gestionnaire de l'entretien et la directrice générale.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le
13 septembre 2024

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 002 Services d'hébergement :
Entretien ménager

Problème de conformité n° 022 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de l'alinéa 93 (2) d) du Règl. de l'Ont. 246/22

Entretien ménager

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

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

Le titulaire de permis doit :

- 1) Le gestionnaire de l'entretien, en collaboration avec la directrice générale, doit immédiatement revoir les horaires de vidange et de nettoyage des bacs à graisse et déterminer un autre horaire pour la vidange et le nettoyage des bacs à graisse, ces horaires ne devant pas coïncider avec les heures de repas des résidents et/ou la fenêtre de deux heures précédant ou suivant les heures de repas des résidents.
- 2) Le gestionnaire de l'entretien (s'il est qualifié) ou une agence externe qualifiée examinera ou inspectera les bacs à graisse afin de déterminer s'il existe un moyen d'éliminer ou de réduire les odeurs associées à la vidange et au nettoyage des bacs à graisse. L'examen et l'inspection doivent être menés en collaboration avec le

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

gestionnaire de l'entretien, la directrice générale et Walker Waste Management (prestataire de services sous contrat, pour le titulaire de permis) ou un autre prestataire de services.

3) La documentation relative à la condition n° 1 et à la condition n° 2 doit être enregistrée, y compris la date, l'heure, le nom et le rôle des participants, les résultats des examens et de l'inspection. La documentation doit être conservée et mise immédiatement à la disposition de l'inspecteur sur demande.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les incidents liés aux odeurs persistantes et nauséabondes soient résolus.

Justification et résumé

Au cours de l'inspection, une odeur émanait de l'ensemble du foyer de soins de longue durée. L'odeur était particulièrement perceptible dans l'une des trois communautés et extrêmement apparente dans la salle à manger des résidents avant, pendant et après les repas. L'odeur était persistante et nauséabonde. Des résidents ont été entendus se plaindre de l'odeur pendant le service des repas. Des membres du personnel ont été observés portant des masques et entendus se plaindre de l'odeur. L'odeur nauséabonde a persisté dans le foyer de soins de longue durée et a été détectée jusqu'au repas suivant.

Les résidents ont indiqué que l'odeur était désagréable.

Le personnel infirmier autorisé a indiqué que l'odeur provenait des bacs à graisse, qui avaient été vidés plus tôt dans la journée. L'IAA, l'IA, plusieurs PSSP et une aide diététique ont indiqué que « l'odeur était nauséabonde » et qu'elle était « aussi mauvaise chaque fois que les bacs à graisse étaient vidés ». L'IAA et l'IA ont indiqué que l'odeur était inacceptable pour les résidents, en particulier à l'heure des repas. L'IAA et l'IA ont indiqué que les bacs à graisse étaient vidés tous les deux ou trois mois et que l'odeur persistante et nauséabonde était la même à chaque fois.

Le gestionnaire de l'entretien et la directrice générale ont confirmé que l'odeur était due à la vidange des bacs à graisse. La directrice générale a indiqué que l'odeur était « inacceptable » à l'heure des repas.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Le fait que le titulaire de permis n'ait pas contrôlé les odeurs persistantes et nauséabondes dans le foyer, ce jour-là, a créé une expérience désagréable pour les résidents pendant le service du déjeuner.

Sources : Observations et entretiens avec les résidents, le personnel infirmier autorisé, le gestionnaire de l'entretien et la directrice générale.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le
31 octobre 2024

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 003 Administration des médicaments

Problème de conformité n° 023 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

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

Administration des médicaments

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

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

Le titulaire de permis doit :

- 1) La directrice des soins s'assure que les médicaments sont administrés aux résidents n^{os} 005, 012, 013, 014, 015, 016 et 017 conformément au mode d'emploi spécifié par le prescripteur.
- 2) La directrice des soins ou une personne désignée par la direction des soins infirmiers contrôlera deux zones spécifiées du foyer trois fois par semaine aux trois heures de repas, déjeuner, dîner et souper, pendant quatre semaines. La vérification comprendra des observations visant à s'assurer que les médicaments ne sont pas laissés sans surveillance auprès d'une personne résidente par un membre du personnel infirmier autorisé, à moins que le médicament n'ait été prescrit pour une auto-administration. La vérification comprendra la date, l'heure, le nom du vérificateur, les observations, les anomalies éventuelles, le nom du membre du

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

personnel infirmier autorisé l'objet de la vérification et les mesures correctives prises. Les vérifications documentées doivent être conservées et mises immédiatement à la disposition de l'inspecteur ou l'inspectrice, sur demande.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des médicaments soient administrés aux résidents conformément au mode d'emploi précisé par le prescripteur.

Justification et résumé

Au cours de l'inspection, des résidents ont été observés, dans les salles à manger, avec des médicaments laissés sans surveillance. Pendant l'observation, le personnel infirmier autorisé qui travaillait dans les communautés concernées n'était pas à portée de vue des résidents. Des co-résidents ont été observés en train d'errer dans les salles à manger de ces communautés.

Le dossier médical des résidents a été examiné. La documentation n'indiquait pas si les résidents étaient autorisés à être laissés sans surveillance avec les médicaments qui leur étaient prescrits.

Une IAA a indiqué qu'elle savait que les médicaments ne devaient pas être laissés sans surveillance avec les résidents et a confirmé que le médecin n'avait pas donné d'instructions pour que les médicaments soient laissés sans surveillance avec les résidents.

La directrice des soins et la directrice générale ont confirmé que les médicaments ne devaient pas être laissés sans surveillance avec les résidents, à moins que le médecin et/ou l'infirmière praticienne ne le prescrivent.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que les médicaments soient administrés conformément aux ordonnances des médecins a exposé les co-résidents à un risque d'ingestion accidentelle de médicaments et d'effets indésirables liés au fait que les médicaments ont été laissés sans surveillance sur les tables de la salle à manger.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Sources : Observations, examen des dossiers médicaux des résidents identifiés, de la politique du titulaire de l'autorisation, le carnet de médicaments, et entretiens avec une IAA, la directrice des soins et la directrice générale.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le
13 septembre 2024

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa ON 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 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
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée du
ministère des Soins de longue durée
438, avenue University, 8^e étage
Toronto (Ontario) M7A 1N3
Courriel : MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

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.

Commission d'appel et de révision des services de santé

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

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Directeur

a/s du coordonnateur des appels
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée
Ministère des Soins de longue durée
438, avenue University, 8^e étage
Toronto (Ontario) M7A 1N3
Courriel : MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca

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.