

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 de Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Rapport public initial

Date d'émission du rapport : 18 novembre 2024

Numéro d'inspection : 2024-1050-0003

Type d'inspection :

Inspection proactive de la conformité

Titulaire de permis : Rykka Care Centres LP

Foyer de soins de longue durée et ville : Cooksville Care Centre, Mississauga

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : les 3 et 4, du 7 au 11, du 15 au 18 et les 21 et 22 octobre 2024.

L'inspection concernait :

- Demande n° 00127891 – Inspection proactive de la conformité

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

Alimentation, nutrition et hydratation
Entretien ménager, buanderie et services d'entretien
Prévention et contrôle des infections
Gestion des médicaments
Gestion de la douleur
Prévention des mauvais traitements et de la négligence
Amélioration de la qualité
Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
Conseils des résidents et des familles
Droits et choix des résidents
Foyer sûr et sécuritaire

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 de Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Prévention et gestion relatives aux soins de la peau et des plaies
Normes de dotation, de formation et de soins

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 de Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

Problème de conformité corrigé

Un **problème de conformité** a été constaté lors de cette inspection et a été **corrigé** par le titulaire de permis avant la fin de l'inspection. L'inspectrice ou l'inspecteur a estimé que la non-conformité répondait à l'intention du paragraphe 154 (2) et ne nécessitait pas d'action supplémentaire.

Problème de conformité n° 001 Corrigé en vertu du paragraphe 154 (2) de la *LRSLD* (2021).

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

Programme de soins

Paragraphe 6 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soit adopté, pour chaque résident, un programme de soins écrit qui établit ce qui suit :

c) des directives claires à l'égard du personnel et des autres personnes qui fournissent des soins directs au résident;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins écrit de chaque personne résidente établisse des directives claires à l'égard du personnel et des autres personnes qui fournissent des soins directs à cette personne résidente.

Justification et résumé

A. Une personne résidente a commencé à recevoir des soins palliatifs. Un examen de l'objectif du programme de soins de la personne résidente a indiqué que cette dernière ne recevait pas de soins palliatifs actifs. Toutefois, les interventions indiquaient qu'elle recevait des visites individualisées de soins palliatifs.

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 de Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Le ou la chef des programmes a reconnu que la formulation contenue dans le programme de soins pouvait prêter à confusion lorsque venait le temps de déterminer si la personne résidente recevait des soins palliatifs. L'objectif du programme de soins a été revu pour préciser que les préposés aux loisirs devaient donner à la personne résidente des soins de confort dans le cadre des soins palliatifs.

Sources : Dossiers de santé cliniques de la personne résidente, entretien avec le ou la chef des programmes.

B. Le registre électronique d'administration des traitements et les évaluations de la peau et des plaies d'une personne résidente indiquaient que cette dernière présentait une altération de l'intégrité épidermique sur une partie de son corps. L'objectif en matière de soins de la peau dans le programme de soins de la personne résidente correspondait à ce qui était indiqué dans son registre électronique d'administration des traitements. Cependant, les interventions indiquaient que l'altération de l'intégrité épidermique se situait sur une autre partie du corps.

La directrice des soins a confirmé la partie du corps de la personne résidente qui présentait une altération de l'intégrité épidermique. Elle a reconnu que les termes contenus dans le registre électronique d'administration des traitements, les évaluations et le programme de soins devaient être les mêmes. La directrice des soins a révisé le programme de soins pour qu'il indique la même partie du corps présentant une altération de l'intégrité épidermique. Lors d'un examen de suivi du programme de soins de la personne résidente, on a constaté que toutes les mentions de l'altération de l'intégrité épidermique de la personne résidente indiquaient la même partie du corps.

Sources : Dossiers de santé cliniques de la personne résidente, entretien avec la directrice des soins.

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 de Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : 21 octobre 2024

Problème de conformité n° 002 Corrigé en vertu du paragraphe 154 (2) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de l'alinéa 6 (10) b) de la *LRSLD* (2021)

Programme de soins

Paragraphe 6 (10) Le titulaire de permis veille à ce que le résident fasse l'objet d'une réévaluation et à ce que son programme de soins soit réexaminé et révisé tous les six mois au moins et à tout autre moment lorsque, selon le cas :

b) les besoins du résident en matière de soins évoluent ou les soins prévus dans le programme ne sont plus nécessaires;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins d'une personne résidente soit réexaminé et révisé lorsque les besoins en matière de soins de cette personne ont changé.

Justification et résumé

Un examen du programme de soins existant d'une personne résidente a indiqué que cette dernière présentait une altération de l'intégrité épidermique, mais le degré d'altération indiqué ne correspondait pas à ce qui était consigné dans le registre électronique d'administration des traitements, les notes d'évolution et les évaluations.

La nouvelle personne responsable des soins de la peau et des plaies au foyer a reconnu que l'altération de l'intégrité épidermique de la personne résidente avait évolué, mais que la formulation contenue dans le programme de soins n'avait pas été mise à jour. La personne responsable des soins de la peau et des plaies a révisé le programme de soins de la personne résidente pour y indiquer l'état de la plaie à ce moment.

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 de Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Sources : Dossiers de santé cliniques de la personne résidente, entretien avec la personne responsable des soins de la peau et des plaies.

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : 16 octobre 2024

Problème de conformité n° 003 Corrigé en vertu du paragraphe 154 (2) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de la disposition 1 du paragraphe 79 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Service de restauration et de collation

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

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer offre un service de restauration et de collation comprenant la communication des menus hebdomadaires et quotidiens aux personnes résidentes.

Justification et résumé

Le foyer avait affiché à l'intérieur des salles à manger, ou juste à l'extérieur de celles-ci, le menu quotidien et le menu hebdomadaire pour les trois repas. Une observation lors d'un repas a permis de constater que le dessert indiqué pour le dîner sur le menu quotidien ne correspondait pas à celui indiqué sur le menu hebdomadaire. Le menu hebdomadaire mentionnait de petits morceaux d'ananas, tandis que le menu quotidien indiquait des pêches. Les personnes résidentes se sont vu offrir de l'ananas.

Les jours suivants, d'autres incohérences ont été constatées entre les choix indiqués aux menus quotidiens et ceux indiqués aux menus hebdomadaires, principalement en ce qui concernait les desserts offerts lors des dîners, des soupers ou de ces deux repas. Le diététiste professionnel (Dt.P.) du foyer n'était pas au courant 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 de Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

différences entre les deux menus affichés et il a déclaré qu'il en informerait le superviseur des services alimentaires.

Lors des observations de suivi, les choix indiqués au menu étaient les mêmes sur les menus quotidiens et hebdomadaires.

Sources : Observations, entretien avec le Dt.P.

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : 21 octobre 2024

Problème de conformité n° 004 Corrigé en vertu du paragraphe 154 (2) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de la sous-disposition 5 iii du paragraphe 168 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Rapport sur l'amélioration constante de la qualité

Paragraphe 168 (2) Le rapport exigé au paragraphe (1) doit comprendre les renseignements suivants :

5. Un relevé écrit de ce qui suit :

iii. la manière et les dates auxquelles les résultats du sondage effectué pendant l'exercice en vertu de l'article 43 de la Loi ont été communiqués aux résidents et à leur famille, au conseil des résidents, au conseil des familles, s'il y en a un, et aux membres du personnel du foyer,

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le rapport sur l'amélioration constante de la qualité qui a été établi comprenne un relevé écrit de la manière dont les résultats du sondage ont été communiqués aux personnes résidentes et à leur famille, au conseil des familles et aux membres du personnel du foyer, ainsi qu'un relevé écrit des dates auxquelles ces résultats ont été communiqués.

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 de Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Justification et résumé

Le foyer devait créer et publier un rapport sur l'amélioration de la qualité. On a constaté lors de l'examen du rapport sur l'amélioration de la qualité du foyer, affiché dans le foyer et publié sur son site Web, qu'il ne comprenait pas la manière dont les résultats du sondage ont été communiqués ni les dates auxquelles ils ont été communiqués.

La personne responsable de la coordination de l'amélioration de la qualité a reconnu que ces détails ne figuraient pas dans le rapport publié. Le rapport a été mis à jour avec les renseignements manquants.

Sources : Rapport sur l'amélioration de la qualité (14 mai 2024), entretien avec la personne responsable de la coordination de l'amélioration de la qualité.

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : 21 octobre 2024

Problème de conformité n° 005 Corrigé en vertu du paragraphe 154 (2) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de la sous-disposition 6 i du paragraphe 168 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Rapport sur l'amélioration constante de la qualité

Paragraphe 168 (2) Le rapport exigé au paragraphe (1) doit comprendre les renseignements suivants :

6. Un relevé écrit de ce qui suit :

i. les mesures prises pour améliorer le foyer de soins de longue durée et les soins, services, programmes et biens qui y sont fournis, compte tenu des résultats documentés du sondage effectué pendant l'exercice en vertu de l'alinéa 43 (5) b) de la Loi, les dates auxquelles ces mesures ont été mises en œuvre et le résultat de ces mesures,

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 de Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le rapport sur l'amélioration constante de la qualité qui a été établi comprenne un relevé écrit des dates auxquelles des mesures ont été prises pour améliorer le foyer en fonction des résultats du sondage sur l'expérience des personnes résidentes et de leur famille ou fournisseur de soins, ainsi qu'un relevé écrit du résultat de ces mesures.

Justification et résumé

Le foyer devait créer et publier un rapport sur l'amélioration de la qualité. On a constaté lors de l'examen du rapport sur l'amélioration de la qualité du foyer, publié sur le site Web du foyer, qu'il ne comprenait pas les dates auxquelles des mesures ont été prises en fonction des résultats du sondage ni le résultat de ces mesures.

La personne responsable de la coordination de l'amélioration de la qualité a reconnu que ces détails ne figuraient pas dans le rapport publié. Le rapport a été mis à jour avec les renseignements manquants.

Sources : Rapport sur l'amélioration de la qualité (14 mai 2024), entretien avec la personne responsable de la coordination de l'amélioration de la qualité.

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : 21 octobre 2024

Problème de conformité n° 006 Corrigé en vertu du paragraphe 154 (2) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de la sous-disposition 6 ii du paragraphe 168 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Rapport sur l'amélioration constante de la qualité

Paragraphe 168 (2) Le rapport exigé au paragraphe (1) doit comprendre les renseignements suivants :

6. Un relevé écrit de ce qui suit :

ii. les autres mesures prises pour améliorer l'hébergement, les soins, les services, les programmes et les biens fournis aux résidents dans les domaines prioritaires 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 de Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

foyer en matière d'amélioration de la qualité pendant l'exercice, les dates auxquelles ces mesures ont été mises en œuvre et le résultat de ces mesures,

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le rapport sur l'amélioration constante de la qualité qui a été établi comprenne un relevé écrit des dates auxquelles des mesures ont été mises en œuvre pour améliorer l'hébergement, les soins, les services, les programmes et les biens fournis aux personnes résidentes dans les domaines prioritaires du foyer en matière d'amélioration de la qualité, ainsi qu'un relevé écrit du résultat de ces mesures.

Justification et résumé

Le foyer devait créer et publier un rapport sur l'amélioration de la qualité. On a constaté lors de l'examen du rapport sur l'amélioration de la qualité du foyer, publié sur le site Web du foyer, qu'il ne comprenait pas les dates auxquelles les mesures ont été mises en œuvre en fonction des domaines prioritaires du foyer ni le résultat de ces mesures.

La personne responsable de la coordination de l'amélioration de la qualité a reconnu que ces détails ne figuraient pas dans le rapport publié. Le rapport a été mis à jour avec les renseignements manquants.

Sources : Rapport sur l'amélioration de la qualité (14 mai 2024), entretien avec la personne responsable de la coordination de l'amélioration de la qualité.

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : 21 octobre 2024

Problème de conformité n° 007 Corrigé en vertu du paragraphe 154 (2) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de la sous-disposition 6 v du paragraphe 168 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Rapport sur l'amélioration constante de la qualité

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 de Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Paragraphe 168 (2) Le rapport exigé au paragraphe (1) doit comprendre les renseignements suivants :

6. Un relevé écrit de ce qui suit :

v. la manière et les dates auxquelles les mesures prises en vertu des sous-dispositions i et ii ont été communiquées aux résidents et à leur famille, au conseil des résidents, au conseil des familles, s'il y en a un, et aux membres du personnel du foyer.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le rapport sur l'amélioration constante de la qualité qui a été établi comprenne un relevé écrit de la manière dont les mesures prises pour améliorer le foyer en fonction des domaines prioritaires du foyer et des résultats du sondage sur l'expérience des personnes résidentes et de leur famille ou fournisseur de soins ont été communiquées aux personnes résidentes et à leur famille, au conseil des résidents, au conseil des familles et aux membres du personnel du foyer, ainsi qu'un relevé écrit des dates auxquelles ces mesures ont été communiquées.

Justification et résumé

Le foyer devait créer et publier un rapport sur l'amélioration de la qualité. On a constaté lors de l'examen du rapport sur l'amélioration de la qualité du foyer, publié sur le site Web du foyer, qu'il ne comprenait pas la manière dont les mesures prises en fonction des résultats du sondage et des domaines prioritaires du foyer ont été communiquées ni les dates auxquelles ces mesures ont été communiquées.

La personne responsable de la coordination de l'amélioration de la qualité a reconnu que ces détails ne figuraient pas dans le rapport publié. Le rapport a été mis à jour avec les renseignements manquants.

Sources : Rapport sur l'amélioration de la qualité (14 mai 2024), entretien avec la personne responsable de la coordination de l'amélioration de la qualité.

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 de Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : 21 octobre 2024

Problème de conformité n° 008 Corrigé en vertu du paragraphe 154 (2) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de la disposition 10 du paragraphe 265 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Affichage des renseignements

Paragraphe 265 (1) Pour l'application de l'alinéa 85 (3) s) de la Loi, le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les renseignements qui doivent être affichés dans le foyer et communiqués aux résidents en application de l'article 85 de la Loi comprennent les éléments suivants :

10. La version en vigueur de la politique concernant les visiteurs prise en vertu de l'article 267.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la version en vigueur de la politique concernant les visiteurs soit affichée dans le foyer.

Justification et résumé

Lors de sa première visite du foyer, l'inspecteur ou l'inspectrice n'a pas été en mesure de trouver la politique concernant les visiteurs. La directrice générale a confirmé le 4 octobre 2024 que cette politique n'était pas affichée dans le foyer. La situation a été corrigée immédiatement.

Sources : Observations, entretien avec la directrice générale.

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : 4 octobre 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 de Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

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 6 (4) a) de la *LRSLD* (2021)

Programme de soins

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

a) l'évaluation du résident de sorte que leurs évaluations s'intègrent les unes aux autres, soient compatibles les unes avec les autres et se complètent;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel et les autres personnes qui participent aux différents aspects des soins collaborent aux évaluations de la peau et des plaies d'une personne résidente de sorte que leurs évaluations soient compatibles les unes avec les autres et se complètent.

Justification et résumé

Le stade de l'altération de l'intégrité épidermique que présentait une personne résidente ainsi que la partie du corps touchée par cette altération ont été consignés lors de deux évaluations de la peau et des plaies qui ont été réalisées à un jour d'intervalle. Ces évaluations ont également permis de noter que l'état de la plaie était stable. Les photographies correspondantes de la plaie ont permis de corroborer les renseignements contenus dans les évaluations. On a consigné le même stade de l'altération de l'intégrité épidermique et la même partie du corps touchée par cette altération lors de deux évaluations supplémentaires qui ont été réalisées à une semaine d'intervalle. Cependant, la deuxième évaluation a indiqué que l'état de la plaie n'était plus stable. Les photographies de la plaie prises à ce moment ont montré que celle-ci avait commencé à se dégrader plus tôt que ce qui a été constaté. Le stade de la plaie n'a pas été modifié pendant une autre semaine,

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 de Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

moment auquel un conseiller externe en soins des plaies a fourni des précisions sur la plaie de la personne résidente et la cicatrisation de cette plaie.

Après avoir examiné les photographies de la plaie de la personne résidente qui correspondaient aux quatre évaluations susmentionnées, une infirmière autorisée (IA) a convenu que le stade de la plaie était erroné et que son état n'était plus stable. La directrice des soins a reconnu que, si l'on se fiait aux photographies, la plaie de la personne résidente s'était dégradée et que les évaluations correspondantes de la peau et des plaies auraient dû indiquer ce fait.

Le fait de ne pas avoir collaboré lors des évaluations de la peau et des plaies concernant l'altération de l'intégrité épidermique d'une personne résidente, de sorte que celles-ci soient compatibles les unes avec les autres et qu'elles se complètent, peut avoir retardé l'adaptation du traitement en conséquence.

Sources : Dossiers de santé cliniques de la personne résidente, entretiens avec la directrice des soins, la personne responsable des soins de la peau et des plaies et d'autres membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Portes dans le foyer

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

Non-respect : de la disposition 2 du paragraphe 12 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Portes dans le foyer

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

2. Toutes les portes donnant sur des aires sécuritaires à l'extérieur qui empêchent les résidents de sortir, y compris les balcons et les terrasses, doivent être dotées de verrous pour empêcher leur accès non supervisé par 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 de Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une porte-fenêtre du rez-de-chaussée menant à une aire sécuritaire à l'extérieur soit munie d'un verrou visant à empêcher l'accès non supervisé à cette aire par les personnes résidentes.

Justification et résumé

La porte-fenêtre coulissante menant à la cour extérieure sécuritaire située au rez-de-chaussée du foyer n'était pas munie d'un verrou visant à restreindre l'accès à cette aire. Le verrou de la porte-fenêtre était muni d'un bouton de porte que l'on pouvait tourner dans le sens des aiguilles d'une montre ou dans le sens inverse des aiguilles d'une montre pour verrouiller ou déverrouiller la porte. Les personnes résidentes ayant la dextérité nécessaire pouvaient tourner le bouton de porte et ainsi avoir un accès non supervisé à l'aire. Le ou la gestionnaire des services environnementaux et la directrice des soins ont reconnu que le verrou n'était pas muni d'un dispositif permettant de restreindre l'accès.

Sources : Observations, entretien avec le ou la gestionnaire des services environnementaux et la directrice des soins.

AVIS ÉCRIT : Portes dans le foyer

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

Non-respect : du paragraphe 12 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Portes dans le foyer

Paragraphe 12 (2) Le titulaire de permis veille à ce que soit adoptée une politique écrite qui traite des périodes pendant lesquelles les portes donnant sur des aires sécuritaires à l'extérieur doivent être déverrouillées ou verrouillées pour permettre ou empêcher, selon le cas, leur accès non supervisé par les résidents.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'il y ait une politique écrite qui traite des périodes pendant lesquelles les portes donnant sur des aires sécuritaires à

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 de Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

l'extérieur doivent être déverrouillées ou verrouillées pour permettre ou empêcher, selon le cas, leur accès non supervisé par les personnes résidentes.

Justification et résumé

L'inspecteur ou l'inspectrice a relevé un problème concernant le verrou de la porte-fenêtre menant à l'aire sécuritaire à l'extérieur, lequel visait à restreindre l'accès non supervisé à cette aire par les personnes résidentes. Le ou la gestionnaire des services environnementaux et la directrice des soins ont mentionné que les portes ont été verrouillées à un certain moment par l'infirmière de nuit responsable. Cette dernière a vérifié que toutes les portes menant à l'extérieur étaient bien verrouillées. Le foyer avait une politique sur la sécurité des portes (*Security of Doors*) (24 juin 2024), mais il n'avait pas de marche à suivre écrite traitant des périodes pendant lesquelles les portes menant à l'aire sécuritaire à l'extérieur du foyer devaient être déverrouillées ou verrouillées afin de permettre ou de restreindre l'accès non supervisé à cette aire par les personnes résidentes. Cela a été confirmé par la directrice générale.

Sources : Observations, entretien avec le ou la gestionnaire des services environnementaux, la directrice des soins et la directrice générale.

AVIS ÉCRIT : Température ambiante

Problème de conformité n° 012 Avis écrit en vertu de la disposition 1 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.

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 de Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

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

La politique du foyer sur la surveillance de la température indiquait que la température ambiante du foyer serait maintenue à au moins 22 degrés Celsius. Un examen des registres des températures sur cinq mois a indiqué que les températures maximales et minimales enregistrées dans une ou plusieurs des quatre chambres de personnes résidentes surveillées aux deuxième et troisième étages étaient inférieures à 22 degrés Celsius pendant 29 jours au total et au cours d'une partie de la journée (soit le matin, soit l'après-midi) pendant 78 jours. Pendant sept jours, les températures maximales et minimales enregistrées étaient inférieures à 22 degrés Celsius dans les aires communes surveillées des personnes résidentes.

Le ou la gestionnaire des services environnementaux a expliqué que les températures étaient enregistrées tous les jours à 9 h, à 15 h et à 21 h à l'aide du système de surveillance blueRover. Il ou elle a également reconnu que les personnes résidentes, les membres de leur famille et les membres du personnel pouvaient modifier ou régler la température.

Le fait de ne pas avoir maintenu la température ambiante du foyer à au moins 22 degrés Celsius peut avoir provoqué un malaise chez les personnes résidentes.

Sources : Registres des températures, politique RCS G-20-05 sur la surveillance de la température et de l'humidex à l'aide du système de surveillance blueRover (*blueRover Temperature and Humidex Monitoring, RCS G-20-05*) (11 septembre 2023), entretien avec le ou la gestionnaire des services environnementaux.

AVIS ÉCRIT : Température ambiante

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 de Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

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

Non-respect : de la disposition 3 du paragraphe 24 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Température ambiante

Paragraphe 24 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que la température soit mesurée et consignée, au minimum, dans les aires suivantes du foyer :

3. Chaque aire de refroidissement désignée, s'il y en a dans le foyer.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la température soit mesurée et consignée par écrit dans chaque aire de refroidissement désignée du foyer.

Justification et résumé

Le ou la gestionnaire des services environnementaux a fourni les registres des températures pour les aires suivantes du foyer :

- la salle à manger principale du premier étage;
- les couloirs de l'aile ouest aux premier, deuxième et troisième étages;
- six chambres de personnes résidentes, soit deux pour chacun des trois étages.

Le ou la gestionnaire des services environnementaux a affirmé que les salles à manger des trois étages constituaient les aires de refroidissement désignées du foyer. Il ou elle a reconnu que le système de surveillance blueRover n'était pas muni de capteurs permettant de surveiller et de consigner les températures de la salle à manger des deuxième et troisième étages.

Le fait de ne pas avoir consigné la température de chacune des aires de refroidissement désignées du foyer peut avoir entravé la capacité du foyer à surveiller les tendances de la température et à régler la température au besoin.

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 de Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Sources : politique RCS G-20-05 sur la surveillance de la température et de l'humidex à l'aide du système de surveillance blueRover (*blueRover Temperature and Humidex Monitoring, RCS G-20-05*) (11 septembre 2023), registres des températures, entretien avec le ou la gestionnaire des services environnementaux.

AVIS ÉCRIT : Observation des instructions du fabricant

Problème de conformité n° 014 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de l'article 26 du Règl. de l'Ont. 246/22

Observation des instructions du fabricant

Article 26 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le personnel utilise l'ensemble de l'équipement, des fournitures, des appareils, des appareils fonctionnels et des aides pour changer de position du foyer conformément aux instructions du fabricant.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel utilise l'équipement destiné aux soins des personnes résidentes, plus particulièrement les chaises de douche, conformément aux instructions du fabricant.

Justification et résumé

Les instructions du fabricant datant de 2022 pour la chaise de douche Carendo de la marque Arjo indiquaient que le personnel devait s'assurer qu'il n'y avait aucune fissure ou déchirure permettant à l'eau de pénétrer dans le rembourrage des coussins ou des oreillers. En cas de tels dommages, ces coussins ou oreillers devraient être remplacés.

Une observation dans la salle de spa du deuxième étage a permis de constater que les coussins de deux chaises de douche Carendo présentaient des fissures et des déchirures. La directrice des soins a affirmé que toute fissure ou déchirure des coussins devait être signalée à la direction afin que ceux-ci soient remplacés. Elle a

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 de Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

affirmé qu'elle n'était pas au courant de ce problème et qu'elle avait commandé de nouveaux coussins.

Sources : Observation dans la salle de spa, examen des instructions du fabricant pour la chaise de douche Carendo de la marque Arjo, entretien avec la directrice des soins.

AVIS ÉCRIT : Exigences générales : programmes

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

Non-respect : du paragraphe 34 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Exigences générales

Paragraphe 34 (2) Le titulaire de permis veille à ce que les mesures prises à l'égard d'un résident dans le cadre d'un programme, notamment les évaluations, les réévaluations, les interventions et les réactions du résident aux interventions, soient documentées.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les mesures prises à l'égard d'une personne résidente dans le cadre du programme de gestion de la peau et des plaies, comme l'exige le paragraphe 55 (1) du Règlement de l'Ontario 246/22, soient documentées, notamment les interventions et les réactions de la personne résidente aux interventions.

Justification et résumé

Le programme de soins d'une personne résidente prévoyait un dispositif précis pour les signes d'altération de l'intégrité épidermique qu'elle présentait. On a entrepris l'intervention, mais les renseignements nécessaires à l'installation du dispositif n'étaient pas consignés. Un conseiller externe en soins des plaies a recommandé l'utilisation de ce dispositif pour aider à traiter l'altération de l'intégrité épidermique, ce qu'il a consigné à deux reprises dans les notes d'évolution de la personne

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 de Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

résidente. La deuxième note indiquait que l'on devait vérifier si le dispositif était correctement installé pour garantir son efficacité.

Lors d'un examen du programme de soins de la personne résidente, dont le registre électronique d'administration des traitements, les évaluations, les notes d'évolution et d'autres documents figurant dans le système électronique de tenue des dossiers du foyer, à savoir le logiciel PointClickCare (PCC), on a constaté qu'il n'y avait aucune mention de ce dispositif jusqu'à ce que celui-ci soit ajouté au programme de soins après la deuxième note d'évolution du conseiller externe en soins des plaies. Aucun document comprenant les renseignements relatifs à l'installation du dispositif ou à la réaction de la personne résidente au dispositif n'a été trouvé.

La directrice des soins a mentionné que le dispositif serait consigné dans le programme de soins de la personne résidente. Lorsque l'on a essayé de déterminer le moment où le dispositif avait été mis en place pour la première fois, la directrice des soins a fourni deux ordres de travail d'entretien qui indiquaient les dates auxquelles le dispositif avait été demandé et installé.

Le fait de n'avoir consigné ni l'intervention visant à faciliter la cicatrisation des plaies, ce qui comprend les renseignements relatifs à l'installation du dispositif, ni la réaction de la personne résidente à l'intervention peut avoir entraîné une mauvaise installation du dispositif ou une confusion quant à la question de savoir si celui-ci était utilisé.

Sources : Dossiers de santé cliniques de la personne résidente, entretiens avec la directrice des soins et d'autres membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Programmes de soins alimentaires et d'hydratation

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

Non-respect : de la disposition 4 de l'article 75 du Règl. de l'Ont. 246/22

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 de Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Changements de poids

Article 75 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les résidents dont le poids subit les changements suivants soient évalués au moyen d'une méthode interdisciplinaire et à ce que des mesures soient prises et les résultats évalués :

4. Tout autre changement de poids qui compromet l'état de santé d'un résident.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à prendre des mesures à l'égard de personnes résidentes dont le changement de poids compromettait leur état de santé.

Justification et résumé

L'indice de masse corporelle (IMC) le plus récent d'une personne résidente était considéré comme insuffisant pour une personne faisant partie de la population adulte. La personne résidente avait des antécédents de perte de poids importante et continue qui a eu une incidence sur son fonctionnement physique et son intégrité épidermique. Le Dt.P. du foyer a mis en place plusieurs interventions en matière de nutrition lors du service des repas et des collations afin d'augmenter l'apport calorique de la personne résidente. Cette dernière devait faire l'objet d'une intervention particulière en matière de nutrition, et ce, trois fois par jour pendant les repas.

Les observations lors du service du dîner ont montré que la personne résidente ne faisait pas l'objet de cette intervention. Une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) qui a nourri la personne résidente a affirmé que cette dernière n'avait pas fait l'objet de cette intervention. Elle a expliqué que le repas, accompagné d'une étiquette, sortait de la cuisine déjà préparé en portions. Le lendemain, avant le dîner, aucun repas préparé et étiqueté n'a été trouvé dans la cuisine à titre d'intervention en matière de nutrition pour la personne résidente.

Le Dt.P. a affirmé qu'il pensait que la personne résidente faisait l'objet de cette intervention qui existait depuis longtemps. Le Dt.P. a reconnu que l'intervention avait

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 de Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

été mise en place pour augmenter l'apport calorique de la personne résidente et pour aider à empêcher ou à réduire autant que possible la perte de poids de cette personne.

L'absence d'interventions en matière de nutrition visant à fournir des calories et des protéines supplémentaires à une personne résidente peut avoir donné lieu à une alimentation insuffisante pour le maintien de son poids, de son fonctionnement physique et de son intégrité épidermique, ce qui a pu compromettre son état de santé.

Sources : Dossiers de santé cliniques de la personne résidente, observations, interventions avec le Dt.P.

AVIS ÉCRIT : Programmes de soins alimentaires et d'hydratation

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

Non-respect : de la disposition 8 du paragraphe 79 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Service de restauration et de collation

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

8. La fourniture aux résidents des aides à l'alimentation, des appareils fonctionnels, de l'aide personnelle et de l'encouragement nécessaires pour leur permettre de manger et de boire en toute sécurité de façon aussi confortable et autonome que possible.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à offrir à une personne résidente des aides à l'alimentation ou des appareils fonctionnels nécessaires pour lui permettre de boire en toute sécurité de façon aussi confortable que possible.

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 de Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Justification et résumé

Le programme de soins d'une personne résidente précisait que le personnel devait utiliser un appareil fonctionnel pour tous les liquides. Lors d'un dîner, on a observé qu'une PSSP donnait à une personne résidente des liquides à l'aide d'un verre. En raison de la position du corps de la personne résidente, la PSSP a utilisé sa main pour soutenir la tête de cette dernière afin qu'elle puisse boire dans le verre.

Le Dt.P. a reconnu que l'appareil fonctionnel avait été mis en place en raison de la position habituelle de la personne résidente pendant les repas. L'appareil fonctionnel aiderait la personne résidente à boire plus facilement et plus confortablement.

Le fait de ne pas avoir utilisé l'appareil fonctionnel nécessaire pour qu'une personne résidente puisse boire confortablement peut avoir entraîné une gêne pendant qu'elle buvait, une diminution de l'apport total de liquides ou les deux.

Sources : Dossiers de santé cliniques de la personne résidente, observation lors d'un repas, entretien avec le Dt.P.

AVIS ÉCRIT : Programmes de soins alimentaires et d'hydratation

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 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.

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 de Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'aucun repas ne soit servi à une personne résidente qui avait besoin d'aide pour manger ou boire avant que quelqu'un soit disponible pour lui fournir de l'aide.

Justification et résumé

A. Le programme de soins d'une personne résidente précisait qu'elle avait besoin de l'aide du personnel pour manger et boire. Une PSSP a placé un bol de céréales chaudes sur la table de la personne résidente. La personne résidente n'a pas essayé de manger. Un membre du personnel, qui aidait l'autre personne à la table, a encouragé verbalement la personne résidente à manger et a placé une cuillère dans les céréales chaudes, mais il n'a pas aidé la personne résidente à manger. Les céréales chaudes intactes ont été enlevées de la table quatorze minutes plus tard.

La personne résidente a reçu son déjeuner. Le membre du personnel aidant l'autre personne à la table a de nouveau prodigué des encouragements verbaux, mais il n'a pas apporté son aide. Dix minutes plus tard, une PSSP s'est assise pour aider la personne résidente à manger son déjeuner. Aussitôt qu'elle a reçu cette aide, la personne résidente a rapidement ouvert la bouche pour manger son déjeuner.

Le Dt.P. a expliqué que la personne résidente avait besoin d'aide pour manger et boire.

B. Le programme de soins d'une autre personne résidente précisait qu'elle avait besoin de l'aide du personnel pour manger et boire. Lors du dîner, une PSSP a déposé sur la table de la personne résidente un bol de soupe, une boisson et un autre élément de repas. Environ vingt minutes plus tard, une PSSP s'est assise pour aider la personne résidente à manger son repas, mais elle ne lui a pas donné un nouveau bol de soupe et une nouvelle boisson.

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 de Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Le fait de servir des repas à des personnes résidentes qui avaient besoin d'aide avant que quelqu'un ne puisse leur apporter cette aide peut avoir eu pour effet que la personne résidente ait reçu un repas peu appétissant ou qu'elle en mange moins.

Sources : Dossiers de santé cliniques de la personne résidente, observations et entretien avec le Dt.P.

AVIS ÉCRIT : Entretien ménager

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

Non-respect : du sous-alinéa 93 (2) a) (ii) 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 :

a) le nettoyage du foyer, notamment :

(ii) les aires communes et celles réservées au personnel, y compris les planchers, les tapis, les meubles, les surfaces de contact et les murs;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les marches à suivre visant le nettoyage des salles de douche soient mises en œuvre dans le foyer.

Justification et résumé

Dans les salles de spa des deuxième et troisième étages, les murs et les planchers des douches présentaient une décoloration importante et des taches brunes. Dans la salle de spa du troisième étage, un peigne sale, un rasoir et des lingettes ont été trouvés sur le plancher de la douche. Une PSSP a mentionné que le plancher de la douche devait être rincé par une PSSP après chaque douche, mais que le personnel d'entretien ménager était chargé de nettoyer la salle de douche tous les jours pendant le quart de travail du soir. Un membre du personnel d'entretien ménager a

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 de Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

affirmé que les PSSP étaient chargées, après chaque douche, de rincer les planchers des douches et les salles de douche.

Le personnel d'entretien ménager avait un horaire quotidien de nettoyage des planchers et des carreaux des douches pendant le quart du travail du soir. Cela a été confirmé par le ou la gestionnaire des services environnementaux. Ce dernier ou cette dernière a également reconnu que les salles de spa n'avaient pas été nettoyées.

Le fait de ne pas avoir nettoyé les salles de douche selon l'horaire prévu a augmenté le risque de problèmes de santé chez les personnes résidentes et le risque de croissance de bactéries.

Sources : Observations dans les salles de douche, examen de la politique sur les spécifications du contrat concernant les salles de bain, les baignoires et les salles de douche (*Contract-spec: Washrooms, Tub, Shower Rooms*) (1^{er} février 2022), entretiens avec des PSSP, des membres du personnel d'entretien ménager et le ou la gestionnaire des services environnementaux.

AVIS ÉCRIT : Services d'entretien

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 96 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Services d'entretien

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

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

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 de Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Le titulaire de permis n'a pas respecté sa politique concernant une réparation dans la chambre de la personne résidente n° 001.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règlement de l'Ontario 246/22 (Règl. de l'Ont. 246/22), le titulaire de permis est tenu d'avoir un programme de services d'entretien et des marches à suivre en ce qui concerne l'entretien correctif, et ceux-ci doivent être respectés.

Le foyer n'a en particulier pas respecté la politique sur les demandes de services d'entretien (*Maintenance Service Request*) datée du 30 septembre 2022, qui énonçait qu'une demande de services d'entretien devait être présentée pour une demande de service, ainsi que les renseignements requis concernant la réparation comme la date, l'heure, le lieu et le type du service demandé de même que le nom et le poste du demandeur. Une fois la demande de services d'entretien traitée, la personne responsable de l'entretien devait consigner les mesures prises, le nom de la personne qui a réalisé les travaux et toute remarque, dont la date d'achèvement des travaux.

Justification et résumé

Il semble qu'il y ait eu une fuite au plafond de la chambre d'une personne résidente et que le mur était en cours de réparation. La personne résidente a mentionné que cela la préoccupait constamment et que le foyer se contentait de réparer le mur et d'occulter le problème. Des fissures étaient visibles sur le mur et la personne résidente a affirmé qu'elle sentait un courant d'air à travers le mur. L'inspecteur ou l'inspectrice a eu un entretien avec le ou la gestionnaire des services environnementaux, qui a affirmé qu'une fuite était survenue lors d'une tempête, mais qui n'a pas été en mesure de préciser la date à laquelle cela s'était produit. Des travaux de plâtrage du mur étaient en cours et celui-ci allait ensuite être entièrement peinturé. Le ou la gestionnaire des services environnementaux a fourni à l'inspecteur ou à l'inspectrice la demande de services d'entretien qu'il ou qu'elle a créée ce jour-là, et non au moment où le problème est survenu. Le foyer n'a pas

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 de Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

respecté sa politique et n'a pas créé la demande de services d'entretien avec les renseignements requis lorsque le problème a surgi.

Sources : Observations dans la chambre d'une personne résidente, examen de la politique sur les demandes de services d'entretien (*Maintenance Service Request*) datée du 30 septembre 2022, entretien avec le ou la gestionnaire des services environnementaux.

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

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

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

Programme de prévention et de contrôle des infections

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

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

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la norme que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections liée à la politique de nettoyage et de désinfection.

Justification et résumé

La section 5.3 de la *Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée*, révisée en septembre 2023, énonce que le titulaire de permis doit s'assurer que les politiques et les marches à suivre du programme de PCI comprennent des marches à suivre pour la mise en œuvre des pratiques de base et des précautions supplémentaires, notamment quant au nettoyage et à la désinfection comme cela est indiqué au point h).

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 de Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Le foyer avait une politique concernant le nettoyage et la désinfection des chaises de douche, mais il ne s'y est pas conformé.

La politique du foyer en matière du PCI sur le nettoyage des surfaces de contact et de l'équipement destiné aux soins médicaux et aux soins personnels (*Cleaning of Medical/Personal Care Equipment and Contact Surfaces*) indiquait que la personne responsable de la PCI au foyer (ou sa personne déléguée) était chargée de superviser le processus de nettoyage des surfaces de contact et de l'équipement destiné aux soins médicaux et aux soins personnels. Le foyer avait également un calendrier permettant aux PSSP de s'assurer que les chaises de douche étaient désinfectées après utilisation.

On a constaté qu'une chaise de douche de la salle de spa du troisième étage et que deux chaises de douche de celle du deuxième étage n'avaient pas été nettoyées. Deux PSSP ont mentionné que l'on s'attendait à ce que les chaises de douche soient nettoyées et désinfectées après chaque utilisation par une personne résidente. La directrice des soins a confirmé que les chaises de douche devaient être nettoyées et désinfectées après chaque utilisation.

Le fait de ne pas avoir nettoyé et désinfecté les chaises de douche après chaque utilisation par une personne résidente a augmenté le risque de transmission d'infections.

Sources : Observations des chaises de douche, examen de la marche à suivre et de la politique du foyer sur le nettoyage des surfaces de contact et de l'équipement destiné aux soins médicaux et aux soins personnels (*Cleaning of Medical/Personal Care Equipment and Contact Surfaces*) (17 janvier 2024) et du calendrier à l'intention des PSSP pour le nettoyage et la désinfection de l'équipement destiné aux soins médicaux et aux soins personnels (*PSW – Cleaning & Disinfecting of Medical and Personal Care Equipment*), entretiens avec des PSSP et la directrice des soins.

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 de Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

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

Non-respect : l'alinéa 102 (11) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programme de prévention et de contrôle des infections

Paragraphe 102 (11) Le titulaire de permis veille à ce que soit mis en place ce qui suit :

b) un plan écrit qui permet d'intervenir en cas d'éclotions de maladies infectieuses.
Règl. de l'Ont. 246/22, par. 102 (11).

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à son plan écrit pour intervenir en cas d'éclotions de maladies infectieuses.

Justification et résumé

Le foyer avait une politique sur la définition d'une éclosion (*Definition of an Outbreak*) (3 octobre 2023), qui indiquait que la personne responsable de la PCI devait établir la liste de contrôle pour la gestion des éclosions lorsqu'une éclosion était déclarée. Une partie de la liste de contrôle comprenait la pose d'affiches indiquant l'éclosion dans toutes les entrées du foyer et les aires touchées.

La santé publique a déclaré que le foyer faisait face à une éclosion d'infections des voies respiratoires. Lorsque les inspecteurs ou les inspectrices sont entrés neuf jours plus tard dans le foyer, aucune affiche n'était apposée à l'entrée du foyer pour indiquer que celui-ci faisait face à une éclosion. La personne responsable de la PCI a indiqué que les affiches avaient été apposées, mais qu'elles étaient probablement tombées ou que quelqu'un les avait peut-être enlevées. La personne responsable de la PCI a réinstallé les affiches.

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 de Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Sources : Observations, examen de la politique sur la définition d'une écloison (*Definition of an Outbreak*) (3 octobre 2023) et de la liste de contrôle pour la gestion des éclosions, entretien avec la personne responsable de la PCI.

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 001 Soins de la peau et des plaies

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 sous-alinéa 55 (2) b) (ii) du Règl. de l'Ont. 246/22

Soins de la peau et des plaies

Paragraphe 55 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

b) le résident qui présente des signes d'altération de l'intégrité épidermique, notamment des ruptures de l'épiderme, des lésions de pression, des déchirures de la peau ou des plaies, à la fois,

(ii) reçoit un traitement et subit des interventions immédiatement pour réduire ou éliminer la douleur, favoriser la guérison et prévenir l'infection, selon ce qui est nécessaire,

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 veiller à ce qu'une personne résidente présentant des lésions de pression reçoive un traitement immédiatement pour favoriser la guérison et prévenir l'infection.

Le titulaire de permis doit effectuer 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 de Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

- donner une formation d'appoint ou une nouvelle séance de sensibilisation concernant les politiques et marches à suivre du foyer en matière de soins de la peau et des plaies à l'ensemble du personnel autorisé qui effectue les changements de pansements et les évaluations de la peau et des plaies pour une personne résidente qui a une plaie.
- Cette formation d'appoint ou cette nouvelle séance de sensibilisation doit notamment comprendre la détermination adéquate des stades, des évaluations cohérentes, le moment où il faut aiguiller une personne résidente vers un ou une médecin, une infirmière praticienne ou un conseiller externe en soins des plaies, ainsi que ce que le personnel autorisé est tenu de faire lorsqu'une plaie se dégrade;
- consigner la formation d'appoint ou la nouvelle séance de sensibilisation, ce qui comprend les dates, les noms des personnes qui ont offert la formation d'appoint ou la nouvelle séance de sensibilisation, les noms des membres du personnel qui ont assisté à cette formation d'appoint ou à cette nouvelle séance de sensibilisation et le contenu de cette formation d'appoint ou de cette nouvelle séance de sensibilisation.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente présentant des lésions de pression reçoive un traitement immédiatement pour favoriser la guérison et prévenir l'infection.

Justification et résumé

Une personne résidente présentait des signes d'altération de l'intégrité épidermique sur une partie de son corps. Un traitement a été mis en place à ce moment pour cette partie du corps, ce qui comprenait un horaire pour les changements de pansements. Plusieurs mois plus tard, une série d'évaluations de la peau et des plaies a permis de consigner le stade de la plaie et de constater qu'elle était stable. Des photographies de la plaie prises en même temps ont montré que la plaie avait évolué, mais cela ne figurait pas dans les documents des évaluations.

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 de Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

La première évaluation a permis de déceler que la plaie se dégradait, mais elle n'a pas modifié le stade de la plaie. On a constaté qu'une remarque laissée dans le registre du ou de la médecin suggérait d'évaluer la plaie. Une semaine plus tard, les notes d'évolution indiquaient que la personne responsable des soins de la peau et des plaies du foyer avait été informée de l'évolution de la plaie de la personne résidente et qu'un conseiller externe allait évaluer la plaie.

Le conseiller a constaté l'évolution de l'état de la plaie et a formulé plusieurs recommandations, dont un nouveau traitement et le changement quotidien du pansement. Un examen du registre électronique d'administration des traitements a montré que le nouveau traitement n'a été commencé que quatre jours après la formulation de la recommandation, soit environ trois semaines et demie après que les photographies aient montré que la plaie commençait à se dégrader.

Après avoir examiné les photographies, une IA a reconnu que le stade de la plaie n'avait pas été déterminé correctement et que l'état de la plaie n'était plus stable. Elle a convenu que le traitement aurait dû être modifié à ce moment en fonction de l'évolution de la plaie pour favoriser la guérison et prévenir l'infection.

La directrice des soins a examiné ces mêmes photographies et a reconnu que la plaie avait évolué. Elle a affirmé que l'on aurait dû communiquer plus tôt avec le ou la médecin, l'infirmière praticienne ou le conseiller externe en soins des plaies aux fins de l'évaluation de la plaie. Elle a expliqué que la personne responsable des soins de la peau et des plaies au foyer pouvait modifier le traitement lorsqu'une plaie se dégradait.

La directrice des soins a également affirmé qu'elle s'attendait à ce que les recommandations formulées par le conseiller externe en soins des plaies soient mises en œuvre dans les vingt-quatre heures suivantes, étant donné qu'un médecin

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 de Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

de garde pouvait autoriser le traitement s'il était impossible de joindre le médecin du foyer ou si l'on se trouvait en dehors des heures d'ouverture.

Le fait de ne pas avoir modifié immédiatement le traitement lorsque la plaie a évolué a entraîné une dégradation accrue de la plaie, une possibilité de complications comme une infection ainsi qu'un retard dans la guérison.

Sources : Dossiers de santé cliniques de la personne résidente, entretiens avec la directrice des soins et d'autres membres du personnel.

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

9 décembre 2024

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 002 Système de communication bilatérale

Problème de conformité n° 024 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

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

Système de communication bilatérale

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

f) il indique clairement, lorsqu'il est activé, d'où provient le signal;

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 veiller à ce que le foyer ait un système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel qui, lorsqu'il est activé, indique clairement d'où provient le signal.

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 de Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Le titulaire de permis doit effectuer ce qui suit :

- veiller à ce que le personnel de toutes les unités respecte la politique sur le système de communication bilatérale (sonnettes d'appel) (*Communication and Response System [Call Bell]*) (12 juin 2024) en ce qui concerne la signature du registre au début de chaque quart de travail pour indiquer l'utilisation d'un téléavertisseur et la signature du registre à la fin du quart de travail pour indiquer le retour du téléavertisseur. Le foyer doit effectuer une vérification hebdomadaire pour s'assurer que cela est fait pendant une période de trente jours à compter de la date de publication du rapport. Le foyer doit conserver les documents relatifs à la vérification, les dates de la vérification, la personne qui a réalisé la vérification et le résultat de la vérification, ce qui comprend les mesures correctives;
- veiller à ce que toutes les PSSP portent sur elles un téléavertisseur lorsqu'elles travaillent.
- Le foyer doit procéder chaque semaine, lors de différents quarts de travail, à la mise à l'essai aléatoire du système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel (système de téléavertisseurs) à chaque étage, notamment dans trois chambres et salles de bains de personnes résidentes sélectionnées au hasard. Les essais doivent être consignés, ainsi que les dates de ces essais, les personnes qui les ont effectués, la chambre dans laquelle ils ont eu lieu et les mesures prises en cas de problème. Ces essais doivent être effectués pendant une période de trente jours à compter de la date de publication du rapport.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer ait un système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel qui, lorsqu'il était activé, indiquait clairement d'où provenait le signal.

Justification et résumé

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Le foyer utilisait des téléavertisseurs à titre de système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel. L'inspecteur ou l'inspectrice les a mis à l'essai et a constaté les éléments suivants.

i) Au troisième étage du foyer, une sonnette d'appel a été activée dans la salle de bain de la chambre d'une personne résidente. L'inspecteur ou l'inspectrice n'a entendu aucun son et le personnel n'a répondu à la sonnette d'appel qu'après environ dix minutes. L'inspecteur ou l'inspectrice a parlé à une IA. Elle ne portait aucun téléavertisseur sur elle. L'IA a obtenu un téléavertisseur auprès d'un autre membre du personnel, mais il ne fonctionnait pas. Une PSSP qui travaillait dans la même aile et une infirmière auxiliaire autorisée (IAA) ne portaient aucun téléavertisseur sur elles. Peu de temps après, l'IA a fourni un téléavertisseur à une PSSP, que l'inspecteur ou l'inspectrice a mis à l'essai avec la PSSP. La sonnette d'appel a été activée dans la salle de bain, mais le signal ne s'est pas rendu au téléavertisseur. La sonnette d'appel du lit n° 1 d'une chambre a été activée, mais le signal n'a pas été transmis au téléavertisseur. Une autre sonnette d'appel a été mise à l'essai dans la salle de bain d'une personne résidente et dans sa chambre, au lit n° 1 et au lit n° 2. Le signal provenant de ces trois endroits n'a pas été transmis au téléavertisseur.

ii) Au troisième étage, on a aperçu une personne résidente assise sur son fauteuil roulant à la sortie de sa chambre qui appelait le personnel pour de l'aide. On a entendu une PSSP dire à la personne résidente depuis la chambre voisine qu'elle irait la voir dans une minute. La personne résidente a continué de crier. L'inspecteur ou l'inspectrice a activé la sonnette d'appel dans la salle de bain de la personne résidente pour avertir les autres membres du personnel que la personne résidente avait besoin d'aide. Aucun autre membre du personnel n'a répondu à la sonnette d'appel. Après plusieurs minutes, on a vu une PSSP entrer dans la chambre de la personne résidente pour l'aider. L'inspecteur ou l'inspectrice a demandé à la PSSP de lui montrer si l'alerte avait été transmise à son téléavertisseur. La PSSP a mentionné que l'IA avait pris son téléavertisseur et ne lui avait jamais rapporté.

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 de Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

L'inspecteur ou l'inspectrice a parlé à l'IA qui détenait le téléavertisseur : le signal de la sonnette d'appel n'avait pas été transmis au téléavertisseur depuis la salle de bain de la personne résidente.

iii) Au deuxième étage du foyer, on a mis à l'essai la sonnette d'appel de la salle de bain d'une personne résidente. Personne n'a répondu à l'appel pendant plusieurs minutes. Une PSSP qui distribuait des collations dans le couloir ne portait pas de téléavertisseur sur elle.

iv) Le foyer avait une politique sur le système de communication bilatérale (sonnettes d'appel) (*Communication and Response System [Call Bell]*) (12 juin 2024), qui indiquait que l'utilisation d'un téléavertisseur devait être consignée dans le registre au début de chaque quart de travail et que son retour devait y être indiqué à la fin du quart de travail. Un cartable contenant les feuilles signées pour l'utilisation et le retour des téléavertisseurs se trouvait sur chacun des étages du foyer. Le 3 octobre 2024, il n'y a eu qu'une signature au troisième étage pour l'utilisation d'un téléavertisseur.

La directrice des soins a affirmé qu'il incombait à l'infirmière responsable de distribuer les téléavertisseurs au début de chaque quart de travail. Les membres du personnel devaient signer le registre pour indiquer l'utilisation d'un téléavertisseur au début de chaque quart de travail et le signer à la fin du quart de travail pour indiquer qu'ils avaient rendu le téléavertisseur. Le personnel autorisé devait informer la direction si un téléavertisseur ne fonctionnait pas afin que celui-ci soit réparé. Le 3 octobre 2024, les téléavertisseurs ont présenté quelques problèmes. La directrice des soins a mentionné que le personnel du quart de nuit désactivait parfois le son des téléavertisseurs pour ne pas déranger les personnes résidentes. Elle a constaté que le son des téléavertisseurs n'était pas réactivé après le quart de nuit. Un autre problème était que les téléavertisseurs présentaient un arriéré qui empêchait l'arrivée de nouveaux appels. On a noté que cet arriéré a été éliminé. Le ou la gestionnaire des services environnementaux a affirmé que le son des alertes

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 de Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

accusait un retard de huit minutes au moment où les sonnettes d'appel ont été mises à l'essai après que le problème ait été relevé par l'inspecteur ou l'inspectrice. Il ou elle a dû appeler le fournisseur des téléavertisseurs pour résoudre le problème et réinitialiser le système. En outre, le ou la gestionnaire des services environnementaux a mentionné que le foyer n'utilisait plus le système de témoins lumineux. Il y a environ cinq ans, le foyer était passé au système de téléavertisseurs uniquement. Il n'y avait pas d'autre solution de rechange en place.

Lorsque le système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel ne fonctionnait pas et que le personnel n'était pas en mesure de déterminer la provenance des appels, il y avait un risque accru que cela entraîne un résultat négatif pour les personnes résidentes.

Sources : Observations, mise à l'essai des sonnettes d'appel, examen de la politique sur le système de communication bilatérale (sonnettes d'appel) (*Communication and Response System [Call Bell]*) (12 juin 2024), entretien avec une PSSP, le personnel autorisé, le ou la gestionnaire des services environnementaux et la directrice des soins.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 2 janvier 2025

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 de Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

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.

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 de Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

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

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.

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 de Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton ON L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

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

Commission d'appel et de révision des services de santé

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

Directeur

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