



Rapport d'inspection prévu par la
*Loi de 2021 sur le redressement des
soins de longue durée (LRSLD)*

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 (Ontario) L1J 7J2
Téléphone : 844 231-5702

Rapport public initial

Date d'émission du rapport : 3 septembre 2024	
Numéro d'inspection : 2024-1252-0002	
Type d'inspection : Suivi	
Titulaire de permis : Omni Health Care, société en commandite, par son commandité 0760444 B.C. Ltd.	
Foyer de soins de longue durée et ville : Pleasant Meadow Manor, Norwood	
Inspectrice principale/Inspecteur principal L'inspecteur/l'inspectrice	Signature numérique de l'inspectrice/Signature numérique de l'inspecteur
Autres inspectrices ou inspecteurs L'inspecteur/l'inspectrice	

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : Les 1-2 et 6-8 août 2024.
L'inspection a eu lieu à l'extérieur à la date suivante : les 9 et 12 août 2024. Les

inspections concernaient :

- Plainte : concernant un suivi de l'ordre de conformité lié à un désinfectant pour les mains expiré à base d'alcool.
- Plainte : concernant un suivi de l'ordre de conformité lié à un foyer sûr et sécuritaire (Safe and Secure Home)

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 (Ontario) L1J 7J2
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° 002 de l'inspection n° 2024-1252-0001 relativement à la disposition 272 du Règl. de l'Ont. 246/22, réalisée par l'inspecteur.

Ordre n° 001 de l'inspection n° 2024-1252-0001 relativement à la disposition 5 de la LRSLD (2021), réalisée par l'inspecteur.

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

contrôle des infections (Infection Prevention and Control)
Foyer sûr et sécuritaire (Safe and Secure Home)
Comportements réactifs (Responsive Behaviours)

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Porte dans le foyer

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

Non-respect de la disposition : 12(1)3 du Règl. de l'Ont. 246/22.

Portes dans le foyer

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

3. Toutes les portes donnant sur les aires non résidentielles doivent être dotées de verrous pour empêcher leur accès non supervisé par les personnes résidentes. Elles doivent être gardées fermées et verrouillées quand elles ne sont pas supervisées par le personnel.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que toutes les portes donnant sur les aires non résidentielles soient dotées de verrous pour empêcher leur accès non supervisé par les personnes résidentes. Elles doivent rester fermées et verrouillées quand elles ne sont pas supervisées par le personnel.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1J 7J2
Téléphone : 844 231-5702

Justification et résumé :

Pendant la visite du foyer, il a été observé que la porte du placard des produits d'entretien située au premier étage était ouverte. Dans ce placard se trouvait un produit d'entretien. Les instructions figurant sur celui-ci indiquaient de le tenir hors de portée des enfants, de bien se laver les mains après l'avoir manipulé, de demander l'avis d'un médecin en cas de malaise, de lire la fiche signalétique avant d'utiliser le produit. Un numéro d'urgence à appeler pour obtenir des renseignements de santé figurait également sur la bouteille.

Le gestionnaire des soins nutritionnels a également observé, en présence des inspecteurs, que la porte n'était pas verrouillée. Le gestionnaire des soins nutritionnels a signalé que la porte du placard des produits d'entretien devrait être verrouillée et inaccessible aux personnes résidentes, et qu'il en informerait le personnel d'entretien. La porte du placard a alors été fermée et verrouillée.

Omettre de veiller à ce que les portes menant aux aires non destinées aux personnes résidentes restent fermées et verrouillées présentait un risque pour les personnes résidentes.

Sources : Observation, entretien avec le gestionnaire des soins nutritionnels.

AVIS ÉCRIT : Comportements et altercations

Problème de conformité n° 002 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154(1)1 de la *LRSLD (2021)*.

Non-respect de la disposition : Règl. de l'Ont. 246/22, par. 60(a)

Comportements et altercations

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

(a) des marches à suivre et des mesures d'intervention sont élaborées et mises en œuvre pour aider les résidents et les membres du personnel qui risquent de subir ou qui subissent un préjudice en raison des comportements d'un résident, notamment de ses comportements réactifs, et pour réduire au minimum les risques d'altercations et d'interactions susceptibles de causer un préjudice entre et parmi les résidents;

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que des marches à suivre et des mesures d'intervention soient élaborées et mises en œuvre pour aider les personnes résidentes et les membres du personnel qui risquent de subir ou qui subissent un préjudice en raison des comportements d'une personne résidente, notamment de ses comportements réactifs, et pour réduire au minimum les risques d'altercations et d'interactions susceptibles de causer un préjudice entre et parmi les personnes résidentes;

Justification et résumé :

Pendant un entretien avec l'administrateur, un doute a été soulevé par l'inspecteur concernant la préoccupation d'une personne résidente. L'administrateur a déclaré que la personne résidente avait 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 (Ontario) L1J 7J2
Téléphone : 844 231-5702

comportements réactifs et que des mesures d'intervention avaient été mises en place pour les surveiller. L'administrateur savait que l'inspecteur n'avait observé aucune surveillance.

L'examen du dossier clinique d'une personne résidente a indiqué que son médecin avait ordonné qu'elle soit surveillée à des heures données de la journée. Le dossier clinique de la personne résidente n'indiquait pas comment ses comportements réactifs devaient être surveillés si le foyer manquait de personnel.

Le coordonnateur des soins des personnes résidentes (CSPR) a convenu que la personne résidente devrait être surveillée par un membre du personnel. Le CSPR a reconnu qu'aucune mesure d'intervention ne figurait au dossier clinique de la personne résidente pour indiquer au personnel la marche à suivre lorsque la surveillance ne pouvait être assurée en raison d'un manque de personnel. Le CSPR a déclaré que le dossier clinique avait été mis à jour le jour de l'entretien afin d'y indiquer comment le personnel devait surveiller la personne résidente en cas de personnel insuffisant.

La personne résidente était peut-être plus susceptible d'avoir des comportements réactifs quand son dossier clinique n'indiquait pas au personnel la marche à suivre pour la surveiller lorsque le foyer manquait de personnel.

Sources : Dossier clinique d'une personne résidente, observation, entretien avec le personnel, le CSPR et l'administrateur.

ORDRE DE CONFORMITÉ n° 001 Protection contre certains cas de contention

Problème de conformité n° 003 – ordre de conformité aux termes de la disposition 154(1)2 de la LRSLD (2021).

Non-respect de la disposition : 34 (1) 5 de la LRSLD (2021).

Protection contre certains cas de contention

34(1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qu'aucun résident du foyer ne soit :

5. Maîtrisé, au moyen de barrières, de verrous ou d'autres appareils ou mesures de contrôle, pour l'empêcher de sortir d'une pièce ou d'une partie d'un foyer, y compris du terrain du foyer, ou d'entrer dans des parties du foyer auxquelles les autres résidents ont généralement accès, si ce n'est pour s'acquitter du devoir de common law visé à l'article 39.

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 (Ontario) L1J 7J2
Téléphone : 844 231-5702

**L'inspecteur ordonne au titulaire de permis de respecter un ordre de conformité
[al. 155(1)a) de la LRSLD (2021)] :**

Le titulaire de permis doit :

L'administrateur ou la personne désignée ôtera les barrières, verrous et mesures de contrôle pour veiller à ce que l'on n'empêche aucune personne résidente d'accéder aux aires sécuritaires du foyer ou de la propriété destinées aux personnes résidentes. Conserver un dossier documentant les aires sécuritaires accessibles aux personnes résidentes du foyer. Fournir le dossier documenté à l'inspecteur sur demande.

Motifs

Chaque titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit : aucune personne résidente n'est maîtrisée, au moyen de barrières, de verrous ou d'autres appareils ou mesures de contrôle, pour l'empêcher de sortir d'une pièce ou d'une partie d'un foyer, y compris du terrain du foyer, ou d'entrer dans des parties du foyer auxquelles les autres résidents ont généralement accès, si ce n'est pour s'acquitter du devoir de common law visé à l'article 39.

Justification et résumé :

Pendant une visite du foyer, les inspecteurs ont remarqué que toutes les entrées des aires du foyer destinées aux résidents, la cour extérieure du premier étage et le balcon extérieur du deuxième étage étaient verrouillées et protégées par un code d'accès.

Selon la politique du foyer au sujet des portes, chaque personne résidente doit être autorisée à accéder une aire extérieure protégée pour profiter d'une activité extérieure, sauf si cela est impossible en raison de l'aménagement des lieux. Si l'entrée ou la sortie est protégée par un clavier, le personnel doit veiller à ce que les personnes résidentes que l'on a estimées capables de sortir seules et de façon sécuritaire de leur unité ou de leur aire de vie connaissent le code de la porte ou soient aidées à sortir lorsqu'elles le demandent.

Une personne résidente du foyer a déclaré ne pas aimer que le foyer soit verrouillé depuis qu'elle y vit. Une autre personne résidente a signalé que l'aire du foyer où elle se trouvait était verrouillée et qu'elle ne pouvait accéder aux aires extérieures ou aux aires du foyer qu'en demandant au personnel d'en déverrouiller les portes.

L'administrateur a reconnu que le foyer ne disposait d'aucune unité sécurisée et a déclaré que seules les personnes résidentes capables de se souvenir du code permettant d'ouvrir la porte des deux aires du foyer pouvaient en sortir pour accéder à d'autres aires du foyer et à la cour sécurisée. L'administrateur a également signalé que les portes de ces aires du foyer étaient verrouillées en raison de la conception 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 (Ontario) L1J 7J2
Téléphone : 844 231-5702

foyer et a indiqué qu'il donnerait des cartes d'accès à certaines personnes résidentes afin qu'elles puissent en sortir plus facilement pour accéder à la cour. L'administrateur a signalé que le personnel autorisé et les membres de la direction pouvaient donner le code d'accès à certaines personnes résidentes afin qu'elles puissent accéder aux aires sécuritaires du premier étage ainsi qu'à d'autres endroits du foyer.

Une infirmière auxiliaire autorisée (IAA) a déclaré qu'elle ne communiquerait le code d'accès à aucune des personnes résidentes actuelles du foyer pour qu'elles puissent accéder seules à la cour, au balcon ou à d'autres aires accessibles du foyer. L'IAA a signalé que les personnes résidentes actuelles du foyer pouvaient sortir uniquement sous la supervision du personnel.

En omettant de permettre aux personnes résidentes d'accéder aux aires sécuritaires extérieures et aux autres aires accessibles du foyer, le titulaire de permis a nui à la qualité de vie des personnes résidentes en réduisant leur espace de vie en dehors des aires du foyer.

Sources : Politique du foyer, observations, entretiens avec des personnes résidentes, le personnel et l'administrateur.

Le titulaire du permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 1^{er} novembre 2024

ORDRE DE CONFORMITÉ n° 002 Portes dans le foyer

Problème de conformité n° 004 – ordre de conformité aux termes de la disposition 154(1)2 de la LRSLD (2021).

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

Portes dans le foyer

s. 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.

L'inspecteur ordonne au titulaire de permis de respecter un ordre de conformité [al. 155(1)a) de la LRSLD (2021)] :

Le titulaire de permis doit :

- 1) L'administrateur ou la personne désignée mettra à jour la politique du foyer sur les portes donnant sur des aires sûres et sécuritaires afin d'y inclure les cas où les portes menant à une aire extérieure

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 (Ontario) L1J 7J2
Téléphone : 844 231-5702

sécuritaire seront déverrouillées pour permettre aux personnes résidentes d'y accéder. Conserver un dossier documentant la politique mise à jour qui pourra être fournie à l'inspecteur sur demande.

- 2) L'administrateur ou la personne désignée communiquera la nouvelle politique à l'ensemble du personnel. Conserver des dossiers documentant des communications, notamment les dates et les noms des membres du personnel qui ont été formés.
- 3) Le gestionnaire de l'activité ou la personne désignée présentera la politique mise à jour sur les portes donnant sur des aires sûres et sécuritaires au Conseil des résidents en indiquant le temps pendant lequel ces portes seront verrouillées ou déverrouillées. Conserver un dossier documentant le procès-verbal de la réunion du Conseil des résidents et reflétant les discussions avec le Conseil des résidents, qui pourra être fourni à l'inspecteur sur demande.

Motifs

Le titulaire de permis a omis de veiller à disposer d'une politique écrite qui traite des périodes pendant lesquelles les portes donnant sur des aires sécuritaires à l'extérieur doivent être verrouillées.

Justification et résumé :

Pendant une visite du foyer, les portes du balcon situé au deuxième étage et celles de la cour du premier étage étaient verrouillées. Un code ou une carte d'accès était nécessaire pour y accéder.

Deux personnes résidentes du foyer se sont dites préoccupées au sujet des aires du foyer qui sont verrouillées. L'administrateur était informé de l'inquiétude d'une personne résidente et a indiqué qu'il tiendrait compte de la préoccupation concernant l'accès à d'autres endroits du foyer et de l'extérieur.

L'IAA a confirmé que la cour et le balcon étaient fermés à clé. L'IAA a signalé que les personnes résidentes actuelles du foyer ne pouvaient accéder au balcon ou à la cour sans que des membres du personnel en déverrouillent la porte et qu'ils les supervisent.

L'administrateur a signalé que le code d'accès n'a été communiqué qu'à certaines personnes résidentes souhaitant sortir des aires du foyer où elles se trouvaient pour qu'elles puissent aller dans la cour et accéder à d'autres aires du foyer. L'administrateur a convenu que les personnes résidentes qui ne pouvaient pas se rappeler du code n'auraient accès à la cour ou à d'autres aires du foyer qu'en demandant de l'aide au personnel autorisé.

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 (Ontario) L1J 7J2
Téléphone : 844 231-5702

La politique du foyer au sujet de ses portes indique qu'il incombe à l'infirmière en chef de veiller à ce que toute porte menant à une aire extérieure sécurisée, y compris les cours et les balcons, soit verrouillée entre 21 h et 7 h.

Omettre de veiller à disposer d'une politique écrite qui traite des périodes pendant lesquelles les portes donnant sur des aires sécuritaires à l'extérieur doivent être déverrouillées pour permettre aux personnes résidentes d'y accéder nuit à leur qualité de vie.

Sources : Politique du foyer, observations, entretiens avec les personnes résidentes et le personnel.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 1er novembre 2024.

ORDRE DE CONFORMITÉ n° 003 Services d'hébergement

Problème de conformité n° 005 – ordre de conformité aux termes de la disposition 154(1)2 de la LRSLD (2021).

Non-respect de la disposition : 19(2)a) de la LRSLD (2021).

Services d'hébergement

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

a) le foyer, l'ameublement et le matériel sont toujours propres et sanitaires.

L'inspecteur ordonne au titulaire de permis de respecter un ordre de conformité

[al. 155(1)a) de la LRSLD (2021)] :

Le titulaire de permis doit :

Le gestionnaire des services environnementaux et la responsable de la prévention et du contrôle des infections (PCI), de concert avec l'administrateur et le directeur des soins infirmiers (DSI) doivent :

1. élaborer et mettre en œuvre un plan exhaustif visant à tenir toutes les aires du foyer propres et désinfectées, en mettant l'accent sur une ou plusieurs unités définies. Cela inclut les chambres des personnes résidentes, les couloirs, les salles à manger, les salles d'activités, les salons équipés d'une télévision utilisés par les personnes résidentes, les salles de douche et de bain, ainsi que les toilettes partagées et les salles des ordures.

2. Inspecter quotidiennement toutes les aires de vie des personnes résidentes et les salles de service pour s'assurer que les sols, les murs, les appuis des fenêtres et autres surfaces sont nettoyés conformément à des pratiques fondées sur des éléments probants.

3. Créer et mettre en œuvre des listes de vérification détaillées relatives aux tâches de nettoyage, en

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 (Ontario) L1J 7J2
Téléphone : 844 231-5702

précisant les aires à nettoyer, les méthodes à utiliser, les personnes responsables pendant les heures normales de travail, mais aussi en soirée, la nuit et les fins de semaine, ainsi que des mesures pour assurer un entretien continu.

4. Élaborer et mettre en œuvre une autre liste de vérification concernant les procédures de nettoyage pendant les pauses, qui indique la fréquence du nettoyage et de la désinfection. Cette liste de vérification doit énoncer la marche à suivre, attribuer les responsabilités pendant les heures normales de travail, mais aussi en soirée, la nuit et les fins de semaine, et décrire en détail la façon de maintenir les lieux propres.
5. Le responsable de la PCI et le gestionnaire des services environnementaux doivent élaborer et mettre en œuvre des modules pédagogiques afin de former et d'orienter l'ensemble du personnel d'entretien et les personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP) chargés de nettoyer et de désinfecter l'équipement utilisé par les personnes résidentes selon les pratiques de nettoyage environnemental et de prévention et de contrôle des infections dans les établissements de santé. La formation sera offerte en personne et portera sur les thèmes suivants :
 - a) Nettoyage et prévention et contrôle des infections dans le secteur de la santé.
 - b) Chaîne de transmission (arrêter la propagation des infections)
 - c) Pratiques habituelles et précautions supplémentaires en matière de nettoyage environnemental
 - d) Normes et outils utilisés pour le nettoyage environnemental dans le secteur de la santé
 - e) Principes et techniques pour le nettoyage environnemental dans le secteur de la santé
6. Conserver un dossier documenté sur la formation offerte, les participants à la formation, la date de fin de la formation, ainsi que le contenu de la formation et les documents fournis pour celle-ci.
7. Mettre immédiatement ce dossier à la disposition des inspecteurs sur demande.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer, le mobilier et l'équipement restent propres et désinfectés.

Justification et résumé :

Pendant une visite du foyer, l'inspecteur a utilisé la liste de vérification de la PCI. Il a été observé que tous les sols du foyer étaient souillés et collants. Le même jour, dans les unités déterminées, des serviettes ont été trouvées empilées sur des coffrets-souvenirs, des râteliers et des postes de travail. Des poubelles débordaient, des verres, des lunettes de sécurité et des gants encombraient des râteliers. 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 (Ontario) L1J 7J2
Téléphone : 844 231-5702

sols sont restés dans le même état. L'inspecteur a observé les sols de la salle à manger et du couloir, et la poubelle. Les chambres des personnes résidentes n'étaient pas propres, des déchets s'accumulaient sous les lits et débordaient des poubelles.

Il avait été observé que le sol de la salle de télévision des personnes résidentes était souillé et qu'il y avait des déchets hors de la poubelle. Au nombre des autres préoccupations figuraient l'accumulation de poussière sur le dessus des distributeurs de désinfectant pour les mains à base d'alcool et les multiples traces de doigts sur les surfaces vitrées de la cour et des portes. On a constaté que la cuvette des toilettes du premier étage était souillée.

Le personnel des services environnementaux a confirmé ne pas avoir connaissance de l'augmentation requise de la fréquence du nettoyage et de la désinfection des aires du foyer concernées par l'éclosion. Le personnel ne se souvenait pas avoir reçu une formation sur la PCI pendant l'orientation. Le personnel a reconnu que les sols de l'unité, les salles de douche et de bain sont nettoyés une fois par jour, contrairement au document sur les pratiques exemplaires. Des photos des constatations ci-dessus concernant les pratiques liées à l'entretien ont été montrées au DSI. Il a reconnu que le foyer ne restait pas propre et désinfecté et que les pratiques actuelles devaient être améliorées.

Omettre de nettoyer et de désinfecter les aires du foyer destinées aux personnes résidentes présente un risque d'infection.

Sources : Observations, entretiens avec le personnel, **CCPMI : Pratiques exemplaires de nettoyage de l'environnement en vue de la prévention et du contrôle des infections**, avril 2018.

Commenté [ST1]: <https://onterm.flowfitservices.com/search/en/fr?query=PIDAC>

Le titulaire du permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 1^{er} novembre 2024

Commenté [ST2]: <https://www.publichealthontario.ca/fr/health-topics/infection-prevention-control/environmental-cleaning/ec-settings>

ORDRE DE CONFORMITÉ N° 004 Programme de prévention et de contrôle des infections

Problème de conformité n° 006 – ordre de conformité aux termes de la disposition 154(1)2 de la LRSLD (2021).

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

Programme de prévention et de contrôle des infections. 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).

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 (Ontario) L1J 7J2
Téléphone : 844 231-5702

**L'inspecteur ordonne au titulaire de permis de respecter un ordre de conformité
[al. 155(1)a) de la LRSLD (2021)] :**

Le titulaire de permis doit :

- 1) Le responsable de la PCI ou la personne désignée affichera une signalisation listant les signes et symptômes des maladies infectieuses à des fins d'autosurveillance dans tout le foyer, ainsi que les étapes à suivre en cas de suspicion ou de confirmation d'une maladie infectieuse chez une personne. Conserver un dossier documentant l'endroit où ces signes sont affichés dans l'ensemble du foyer.
- 2) Le responsable de la PCI ou la personne désignée élaborera une procédure de nettoyage, d'entreposage et d'étiquetage des bassins de lavage et des bassins hygiéniques des personnes résidentes.
 - a) Le responsable de la PCI ou la personne désignée formera en personne tous les PSSP, le personnel autorisé, y compris les PSSP et le personnel autorisé temporaires, travaillant dans le foyer, à la procédure de nettoyage, d'entreposage et d'étiquetage des bassins hygiéniques et des bassins de lavage des personnes résidentes. Conserver un dossier indiquant le personnel qui a assisté à la formation, la date de la formation, la signature des membres du personnel pour signaler qu'ils ont suivi la formation et une liste à jour du personnel salarié et du personnel temporaire travaillant dans le foyer à la demande de l'inspecteur.
 - b) Une fois la formation du personnel terminée, le responsable de la PCI ou la personne désignée effectuera une vérification de l'ensemble des aires du foyer une fois par semaine. Cette vérification inclura une colonne indiquant le numéro de chambre des personnes résidentes, l'étiquetage, la propreté et l'emplacement des bassins de lavage et des bassins hygiéniques des personnes résidentes. Si l'on remarque que le bassin hygiénique et le bassin de lavage ne sont pas propres, pas étiquetés ou pas entreposés au bon endroit, le responsable de la PCI ou la personne désignée l'indiquera pendant la vérification et formera sur-le-champ le personnel responsable des soins aux personnes résidentes. Il inclura les noms des membres du personnel, la date de la formation et son contenu. Présenter les vérifications à l'inspecteur sur demande.
- 3) Avec le DSI, le responsable de la PCI devra élaborer et mettre en œuvre une procédure pour veiller à ce que l'on demande à toutes les personnes résidentes de laver les mains avant les repas et les collations.
 - a) Le responsable de la PCI élaborera et mettra en œuvre une procédure de vérification permettant

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 (Ontario) L1J 7J2
Téléphone : 844 231-5702

de veiller au respect quotidien des pratiques d'hygiène des mains pour chaque unité, et ce, pendant tous les quarts et les fins de semaine, en indiquant les heures de l'ensemble des repas et collations.

- b) Les vérifications devront être effectuées par le responsable de la PCI ou la personne désignée qualifiée.
 - c) Le responsable de la PCI fera une démonstration en personne de l'hygiène des mains aux personnes résidentes capables de suivre des instructions.
 - d) Le responsable de la PCI fera une démonstration en personne sur l'hygiène des mains à l'ensemble du personnel qui aide les personnes résidentes à se laver les mains à l'heure des repas.
 - e) Conserver un dossier documentant la formation offerte aux personnes résidentes et au personnel, les participants à la formation, y compris leur prénom et nom de famille, la date de fin de la formation, ainsi que le contenu de la formation et les documents fournis pour celle-ci.
 - f) S'ils le demandent, mettre immédiatement ce dossier à la disposition des inspecteurs.
- 4) Le responsable de la PCI, de concert avec le DSI, devra élaborer et mettre en œuvre une procédure pour s'assurer que tout le personnel est formé à l'hygiène selon les quatre moments de l'hygiène des mains.
- a) Pour commencer, le responsable de la PCI effectuera des vérifications quotidiennes de l'hygiène des mains en observant l'ensemble du personnel clinique et d'entretien pour établir une référence avant de commencer la formation et les interventions. Ces vérifications seront menées dans toutes les unités, sept jours par semaine, y compris les fins de semaine et les quarts de nuit, soit au moins 50 occasions observées par unité sur quatre semaines. Chaque rapport de vérification inclura la date, l'heure, l'emplacement, le nom du vérificateur, le rôle du personnel observé et la méthode d'hygiène des mains utilisée.
 - b) Le responsable de la PCI analysera les renseignements offerts par la vérification et produira un rapport sur le respect du lavage des mains, cernera les lacunes s'il en est et examinera les conclusions avec l'administrateur et le DSI. Des recommandations d'amélioration seront formulées et les conclusions seront communiquées au personnel de première ligne pendant 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 (Ontario) L1J 7J2
Téléphone : 844 231-5702

réunions, puis affichées dans les unités.

- c) Après avoir repéré les lacunes, le responsable de la PCI offrira une formation en personne sur l'hygiène des mains conforme aux quatre moments de l'hygiène des mains. Cette formation couvrira la méthode utilisant du savon et de l'eau et celle utilisant un désinfectant à base d'alcool, en mettant l'accent sur les aspects préoccupants cernés pendant les vérifications. Tout le personnel, y compris les travailleurs temporaires qui travaillent pendant cette période, les nouveaux employés et les étudiants seront inclus dans cette formation.
 - d) Les dossiers de la formation, y compris le nom des membres du personnel (prénom et nom de famille), les dates, les résultats et tout commentaire fourni, seront conservés dans les dossiers.
 - e) Le personnel reproduira les démonstrations illustrant une hygiène des mains appropriée, qui devront être documentées.
 - f) Les démonstrations reproduites, y compris le nom des membres du personnel (prénom et nom de famille), les dates, les résultats et tout commentaire fourni, seront conservés les dossiers.
 - g) Une fois le processus de formation, y compris les démonstrations, terminé, le responsable de la PCI effectuera une deuxième vague de vérifications quotidiennes sur l'hygiène des mains. Ces vérifications concerneront une fois de plus l'ensemble du personnel clinique et d'entretien de toutes les unités, sept jours par semaine, y compris les fins de semaine et les quarts de nuits, soit au moins 50 occasions observées par unités sur quatre semaines. Le rapport de vérification inclura la date, l'heure, l'emplacement, le nom du vérificateur, le rôle du personnel observé et la méthode d'hygiène des mains utilisée.
 - h) Ces dossiers doivent être immédiatement fournis à l'inspecteur à sa demande.
- 5) Le responsable de la PCI ou la personne désignée offrira une formation en personne à tout le personnel, y compris le personnel temporaire, les nouveaux employés et les étudiants, sur la PCI et notamment, sans s'y limiter, la sélection, l'application, le retrait et l'élimination appropriés d'un EPI.
- a) Les reproductions des démonstrations de la sélection, l'application, le retrait et l'élimination appropriés des EPI seront observées et documentées.

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 (Ontario) L1J 7J2
Téléphone : 844 231-5702

- b) Conserver un dossier documentant les reproductions des démonstrations, y compris le nom des membres du personnel, la date de la formation et les reproductions des démonstrations, le résultat des démonstrations et la formation fournie en tant que rétroaction.
- c) Le responsable de la PCI ou la personne désignée effectuera des vérifications en observant le personnel ci-dessus enfiler et retirer des EPI.
- d) Les vérifications comprendront au moins 10 observations par jour, effectuées dans toutes les unités, chaque jour de la semaine, y compris les fins de semaine et les quarts de nuit sur quatre semaines.
- e) Le rapport de vérification inclura la date, l'heure, l'emplacement, le nom des personnes effectuant la vérification et le rôle des membres du personnel observés pendant l'enfilage et le retrait des EPI. Lorsque l'enfilage et le retrait des EPI ne sont pas effectués correctement, le rapport de vérification indiquera le type de mesures correctives mises en œuvre. La vérification devra fournir des observations concernant l'enfilage et le retrait d'un EPI dans le cadre des pratiques habituelles et des précautions supplémentaires.
- f) Mettre immédiatement les dossiers à la disposition de l'inspecteur sur demande.

Motifs

1) Le titulaire du permis n'a pas veillé au respect des normes ou des protocoles que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections.

Conformément à la Norme de prévention et de contrôle des infections pour les foyers de soins de longue durée émise par le directeur, révisée en septembre 2023, section 11.6. Le titulaire de permis a omis de veiller à mettre en place un programme de prévention et de contrôle des infections lié à l'affichage d'une signalisation dans tout le foyer et dans ses entrées, qui dresse une liste des signes et symptômes des maladies infectieuses à des fins d'autosurveillance, ainsi que les étapes à suivre en cas de suspicion ou de confirmation d'une maladie infectieuse chez une personne. Plus concrètement, afficher une signalisation dans tout le foyer listant les signes et symptômes des maladies infectieuses à des fins d'autosurveillance, ainsi que les étapes à suivre en cas de suspicion ou de confirmation d'une maladie infectieuse chez une personne.

Justification et résumé :

La signalisation affichée dans le foyer à l'entrée principale était axée sur les signes et symptômes d'une maladie infectieuse, la COVID-19, et sur la marche à suivre si des visiteurs ou des membres du personnel

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1J 7J2
Téléphone : 844 231-5702

présentaient des symptômes.

Toutefois, cette signalisation n'incluait aucune autre maladie infectieuse, ni leurs signes et symptômes ou l'autosurveillance requise, ni les étapes à suivre en cas de suspicion ou de confirmation d'une maladie infectieuse chez une personne. Par ailleurs, aucune signalisation listant les signes et symptômes des maladies infectieuses à des fins d'autosurveillance, et les étapes à suivre en cas de suspicion ou de confirmation d'une maladie infectieuse chez une personne n'était affichée dans le foyer.

Le responsable de la PCI a confirmé qu'il n'y avait aucune signalisation affichée dans tout le foyer concernant l'autosurveillance des maladies infectieuses et les étapes à suivre en cas de suspicion ou de confirmation d'une maladie infectieuse chez une personne. En outre, le responsable de la PCI a confirmé que la signalisation affichée à l'entrée principale du foyer portait sur les signes et symptômes des maladies infectieuses liées à des maladies respiratoires, sur l'autosurveillance ainsi que sur les étapes à suivre.

La personne résidente a peut-être été exposée à un risque accru de maladie infectieuse lorsqu'il n'y avait pas de signalisation listant les signes et symptômes des maladies infectieuses à des fins d'autosurveillance, ainsi que les étapes à suivre en cas de suspicion ou de confirmation d'une maladie infectieuse chez une personne.

Sources : Observations, entretien avec le responsable de la PCI.

2) Le titulaire du permis n'a pas veillé au respect des normes ou des protocoles que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections.

Conformément à la section 7.2 c) de la Norme de prévention et de contrôle des infections, le titulaire de permis doit veiller à ce que le responsable de la PCI élabore et supervise la mise en œuvre du programme de formation du personnel et des bénévoles sur la PCI requis par la Loi et son Règlement, qui imposent les exigences minimales suivantes : Concrètement, la formation sur la PCI doit être adaptée à l'emploi du membre du personnel. Par exemple, le nettoyage environnemental, le personnel paramédical, les travailleurs des services alimentaires, les services de blanchisserie.

Justification et résumé :

Dans le cadre de l'inspection, la liste de vérification de la PCI a été suivie. Plusieurs observations des salles de bains des personnes résidentes ont révélé que les bassins hygiéniques et les bassins de lavage se trouvaient sur le sol. On a remarqué un bassin hygiénique dans une chambre, entreposé sur un râtelier brisé, sur le sol de la salle de bain. Un bassin de lavage non étiqueté dans lequel était placé le bassin hygiénique a été observé dans une autre chambre, sur le sol de la salle de bain.

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 (Ontario) L1J 7J2
Téléphone : 844 231-5702

Une PSSP a déclaré que les bassins hygiéniques étaient nettoyés dans la salle des douches ou dans le lavabo de la salle de bain des personnes résidentes, au moyen de savon pour l'hygiène des mains. La PSSP a déclaré qu'il y avait une salle de lavage sale dans l'autre aile du couloir, mais qu'elle était trop loin pour nettoyer les bassins hygiéniques souillés. La PSSP ne connaissait pas la procédure de nettoyage appropriée des bassins hygiéniques.

Le DSI était au courant que des bassins hygiéniques n'étaient pas étiquetés et que des bassins de lavage se trouvaient sur le sol de la salle de bain de personnes résidentes. Il a déclaré que les bassins hygiéniques et les bassins de lavage doivent être étiquetés et a expliqué la procédure de nettoyage à suivre. Le DSI a admis que le personnel ne devait pas nettoyer les bassins hygiéniques souillés dans le lavabo ou dans la douche utilisés par les personnes résidentes, et que ces articles ne devaient pas être entreposés sur le sol de la salle de bain. Le DSI a indiqué que les bassins hygiéniques devaient être entreposés dans la salle de bain des personnes résidentes sur des râteliers et les bassins de lavage dans leur table de chevet. Il a déclaré ne pas savoir avec certitude si le personnel avait été formé à la procédure de nettoyage, d'entreposage et d'étiquetage des bassins hygiéniques et des bassins de lavage, et qu'il devrait le vérifier.

Le jour suivant, le coordonnateur des soins aux personnes résidentes (CSPR) et l'administrateur ont confirmé qu'il n'existait pas de formation formelle pour le personnel concernant la procédure de nettoyage ou d'entreposage des bassins hygiéniques et des bassins de lavage. Toutefois, ils mettent en œuvre une procédure et formeront le personnel.

Un examen de la politique du foyer a révélé que les bassins hygiéniques et bassins de lavage étaient nettoyés de façon hebdomadaire et utilisés une seule fois. Le matériel réutilisable doit être étiqueté au nom de la personne résidente. La politique n'indiquait pas si les hygiéniques et les bassins de lavage devaient être entreposés ou comment ces articles devaient être nettoyés après utilisation par une personne résidente.

Les personnes résidentes étaient exposées à un risque accru de maladies infectieuses lorsque les bassins hygiéniques et les bassins de lavage n'étaient pas entreposés aux endroits désignés, étiquetés et que le personnel n'en connaissait pas la procédure de nettoyage.

Sources : La politique du foyer, observations, entretien avec une PSSP, le CSPR, le DSI et l'administrateur.

3) Le titulaire du permis n'a pas veillé au respect des normes ou des protocoles que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections.

Conformément à la Norme de prévention et de contrôle des infections pour les foyers de soins de longue

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 (Ontario) L1J 7J2
Téléphone : 844 231-5702

durée émise par le directeur, révisée en septembre 2023, section 10.2 (c). Le titulaire de permis doit également veiller à ce que l'approche du programme d'hygiène des mains pour les personnes résidentes soit axée sur ces dernières en leur offrant des choix, tout en veillant au respect de la procédure d'hygiène des mains. Le programme d'hygiène des mains pour les personnes résidentes doit prévoir de les aider à se laver les mains avant les repas et les collations. Concrètement, le titulaire de permis a omis de fournir une procédure d'hygiène des mains pour toutes les personnes résidentes avant les repas.

Justification et résumé :

L'hygiène des mains a été observée dans l'aire définie du foyer avant le dîner des personnes résidentes. On a observé des PSSP accompagner quatre personnes résidentes à leur table sans leur demander de se laver les mains ou sans que le personnel en service externe, l'IA et les PSSP veillent à ce qu'elles se lavent les mains.

Les PSSP ont reconnu que le personnel en service externe n'avait pas veillé à l'hygiène des mains des personnes résidentes parce que ces dernières étaient entrées dans l'aire en question après que le personnel en service externe leur ait demandé de se laver les mains. Une autre PSSP a également reconnu que l'on n'avait pas veillé à l'hygiène des mains des personnes résidentes avant leur repas en raison de manque de personnel.

L'administrateur a confirmé qu'aucune procédure n'est en place pour veiller à ce toutes les personnes résidentes se lavent les mains avant les repas.

L'omission par le personnel de veiller à ce que les personnes résidentes se lavent les mains avant les repas les a exposées un risque d'infection accru.

Sources : Observations, entretiens avec le personnel.

4) Le titulaire du permis n'a pas veillé au respect des normes ou des protocoles que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections. Conformément à la Norme de prévention et de contrôle des infections pour les foyers de soins de longue durée émise par le directeur, révisée en septembre 2023, section 10.4 (b). Concrètement, le titulaire de permis doit veiller à offrir une formation sur les pratiques relatives à l'hygiène des mains conforme aux quatre moments de l'hygiène des mains (avant de toucher à la personne résidente ou à son environnement; avant une intervention aseptique; après un risque de contact avec du liquide organique et après un contact avec la personne résidente ou son environnement). Concrètement, le titulaire de permis a omis de fournir une procédure d'hygiène des mains pour toutes les personnes résidentes avant les 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 (Ontario) L1J 7J2
Téléphone : 844 231-5702

Justification et résumé :

Pendant les repas, une PSSP a été vue se lavant les mains avec du savon et de l'eau. Toutefois, au lieu d'utiliser des serviettes en papier, elle les a séchées au moyen d'un tablier. La PSSP a expliqué qu'il n'y avait pas de serviettes en papier disponibles, raison pour laquelle elle a utilisé son tablier pour se sécher les mains. La PSSP a reconnu devant l'inspecteur ne pas connaître les « quatre moments de l'hygiène des mains ».

Omettre de respecter les pratiques liées à l'hygiène des mains conformément aux quatre moments de l'hygiène des mains expose les personnes résidentes à un risque d'infection.

Sources : Observations, entretiens avec le personnel.

5) Le titulaire du permis n'a pas veillé au respect des normes ou des protocoles que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections. Conformément à la Norme de prévention et de contrôle des infections pour les foyers de soins de longue durée émise par le directeur, révisée en septembre 2023, section 9.1 f). Le titulaire de permis doit veiller à ce que le responsable de la PCI élabore et supervise la mise en œuvre du programme de formation sur la PCI requis par la Loi et son Règlement pour le personnel et les bénévoles, qui imposent les exigences minimum suivantes : Concrètement, le titulaire de permis doit veiller à ce que le responsable de la PCI élabore et supervise la mise en œuvre d'un programme de formation sur la PCI, y compris sur la sélection, l'application, le retrait et l'élimination appropriés des EPI.

Justification et résumé :

Dans la salle à manger, on a vu une PSSP et des étudiants porter des masques dont les boucles latérales se croisaient, ce qui nuisait à l'ajustement du masque et allait à l'encontre des lignes directrices du CCPMI, qui insistent sur le fait que les masques doivent couvrir le nez et la bouche de façon sécuritaire. Une autre PSSP a été vue portant un respirateur N95 avec les deux sangles sur le sommet du crâne et une infirmière autorisée (IA) retirer un respirateur N95 en le tirant par-dessus sa tête. Ces pratiques ne respectent pas les directives du fabricant, qui recommandent que la petite sangle du N95 soit placée à plat au niveau de la nuque et la grande sangle sur le sommet du crâne pour assurer un ajustement et un retrait appropriés sécuritaires. L'IA a reconnu ne pas enfiler le respirateur N95 comme elle y a été formée.

De plus, une autre PSSP a déclaré qu'elle ne portait pas d'équipement de protection individuelle (PPE) lorsqu'elle change le linge de lit souillé d'une personne résidente, malgré les pratiques exemplaires du CCPMI, qui exigent d'utiliser un EPI approprié et de se laver les mains lorsque l'on manipule des objets potentiellement contaminés.

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 (Ontario) L1J 7J2
Téléphone : 844 231-5702

Le responsable de la PCI a confirmé qu'après avoir retiré un EPI, le personnel est tenu de désinfecter les surfaces horizontales (p. ex. un coffret-souvenir), de jeter les lingettes usagées et de nettoyer les lunettes de protection avec des lingettes neuves avant de les mettre à sécher sur une surface propre avant de les entreposer dans un sac-filet. Le responsable de la PCI a aussi reconnu que déchirer les blouses pendant leur retrait est contraire aux pratiques exemplaires et que les EPI ne sont pas portés en permanence et enfilés selon les politiques établies et la formation.

L'inspecteur a vu des lunettes de protection mal entreposées dans le coffret-souvenir d'une personne résidente, et une PSSP a indiqué qu'elle ne savait pas celles-ci étaient propres ou sales. Pendant un entretien, le coordonnateur de l'instrument d'évaluation des résidents (RAI) a confirmé qu'il connaissait la procédure appropriée de nettoyage et d'entreposage des lunettes, et a admis qu'elles n'auraient pas dû être entreposées dans le coffret-souvenir et a déclaré ne pas être sûre du temps de contact requis après le nettoyage. On a également observé une PSSP retirer un EPI sans se laver les mains ensuite, conduite que la PSSP a reconnu comme étant incorrecte.

La PSSP a aussi admis qu'elle ne connaissait pas le temps de contact requis pour le nettoyage des lunettes de protection avant de les placer dans un sac-filet.

Le DSI a confirmé que la procédure appropriée de nettoyage de lunettes de protection souillées consiste à les placer dans le coffret-souvenir après les avoir retirées, à les nettoyer avec une lingette prévue à cet effet et à les laisser sécher une minute avant de les entreposer. Le DSI a reconnu que certains membres du personnel ignoraient les procédures appropriées et a remarqué des efforts continus de formation pour renforcer les protocoles appropriés liés aux EPI.

Une utilisation inappropriée des EPI et les pratiques de manipulation observées pendant ces inspections présentent un risque d'infection pour les personnes résidentes.

Sources : Observations, entretiens avec le personnel et le DSI, examen des dossiers, de la politique et des vérifications.

Le titulaire du permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 1^{er} novembre 2024

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



Rapport d'inspection prévu par la
*Loi de 2021 sur le redressement des
soins de longue durée (LRSLD)*

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 (Ontario) L1J 7J2
Téléphone : 844 231-5702

AVIS DE PÉNALITÉ ADMINISTRATIVE (APA)

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la LRSLD (2021) **Avis de pénalité administrative (APA n° 001)**

lié à l'ordre de conformité (Problème de conformité no 004)

En vertu de l'article 158 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*, le titulaire de permis doit payer une pénalité administrative de 5500,00\$, à verser dans les 30 jours suivant la date de la facture.

Conformément aux paragraphes 349(6) et (7) du Règl. de l'Ont. 246/22, cette pénalité administrative est émise au titulaire de permis qui ne s'est pas conformé à une exigence, entraînant un ordre de mise en conformité aux termes de l'article 155 de la Loi et pendant les trois ans immédiatement avant la date d'émission de cet ordre aux termes de l'article 155, le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la même exigence.

Historique de la conformité :

Il existait un ordre de conformité précédent en concernant la disposition 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Programme de prévention et de contrôle des infections. Un ordre de conformité (priorité élevée) a été émis à l'occasion de l'inspection n° 2022-1252-0002, datée du 17 janvier 2022 et un avis écrit a été délivré dans le cadre de l'inspection 2022-1252-0001 datée du 7 juillet 2022.

Il s'agit de la première fois qu'un APA est délivré au titulaire de permis en raison du non-respect de l'exigence en question.

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

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



**Rapport d'inspection prévu par la
Loi de 2021 sur le redressement des
soins de longue durée (LRSLD)**

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 (Ontario) L1J 7J2
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, ON M7A 1N3

Courriel : MSLD.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.



**Rapport d'inspection prévu par la
Loi de 2021 sur le redressement des
soins de longue durée (LRSLD)**

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 (Ontario) L1J 7J2
Téléphone : 844 231-5702

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 suivants 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 la santé

À l'attention du registraire
151, rue Bloor Ouest 9^e étage, Toronto, ON
M5S 1S4

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, ON
M7A 1N3
Courriel : MSLD.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.