

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Rapport public initial

Date d'émission du rapport : 14 août 2024	
Numéro d'inspection : 2024-1116-0003	
Type d'inspection : Plainte Incident critique Suivi	
Titulaire de permis : Glen Hill Terrace Christian Homes Inc.	
Foyer de soins de longue durée et ville : Glen Hill Strathaven, Bowmanville	
Inspectrice principale ou inspecteur principal L'inspectrice ou l'inspecteur	Signature numérique de l'inspectrice ou de l'inspecteur
Autres inspectrices ou inspecteurs L'inspectrice ou l'inspecteur	

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 16 au 19, du 22 au 26 et le 29 juillet 2024

L'inspection concernait :

Demande n° 00109073 – Suivi n° 1 – Disposition 5 du paragraphe 79 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Demande n° 00109583 – Un incident qui a entraîné le transport d'une personne résidente à l'hôpital.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Demande n° 00111527 – Allégations de mauvais traitements infligés par le personnel à une personne résidente.
Demande n° 00111649 – Allégations de mauvais traitements entre personnes résidentes.
Demande n° 00112631 – Une éclosion de maladie infectieuse.
Demande n° 00112878 – Plainte portant sur des problèmes de soins multiples et sur le fonctionnement du foyer.
Demande n° 00113482 – Un incident qui a mis une personne résidente en danger.
Demande n° 00114370 – Un incident qui a entraîné le transport d'une personne résidente à l'hôpital.

Ordres de conformité délivrés antérieurement

L'inspection a établi la conformité à l'ordre ou aux ordres de conformité suivants délivrés antérieurement :

Ordre n° 001 de l'inspection n° 2024-1116-0001 en lien avec la disposition 5 du paragraphe 79 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22, inspecté par l'inspectrice ou l'inspecteur.

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

- Prévention et gestion relatives aux soins de la peau et des plaies
- Entretien ménager, buanderie et services d'entretien
- Alimentation, nutrition et hydratation
- Gestion des médicaments
- Prévention et contrôle des infections
- Foyer sûr et sécuritaire
- Prévention des mauvais traitements et de la négligence
- Comportements réactifs

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Entretien ménager

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

Non-respect : du sous-alinéa 93 (2) b) (iii) 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 :

b) le nettoyage et la désinfection des articles suivants conformément aux instructions du fabricant et au moyen, au minimum, d'un désinfectant de faible niveau conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises :

(iii) les surfaces de contact;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des procédures soient élaborées et mises en œuvre pour le nettoyage et la désinfection des surfaces de contact conformément aux spécifications du fabricant.

Justification et résumé

Conformément au sous-alinéa 93 (2) b) (iii) du Règlement, le titulaire de permis doit disposer d'un programme organisé d'entretien ménager assorti de procédures élaborées et mises en œuvre pour désinfecter les surfaces de contact conformément aux spécifications du fabricant. Plus précisément, la politique du titulaire de permis concernant les désinfectants chimiques et l'entretien ménager

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

indiquait que le titrage des désinfectants chimiques dans la maison était vérifié chaque semaine.

Un membre du personnel d'entretien ménager a indiqué que l'analyse des désinfectants était effectuée quotidiennement et consignée dans un registre conservé dans le local de rangement de l'entretien ménager. Cependant, le membre du personnel d'entretien ménager n'a pas trouvé le registre dans le local de rangement. L'entretien avec un autre membre du personnel d'entretien ménager a révélé que le test de désinfection n'avait pas été effectué parce que les bandelettes de test fournies étaient indiquées pour le produit désinfectant précédent et non pour le produit désinfectant actuellement utilisé.

L'administratrice a reconnu que le personnel d'entretien ménager n'effectuait pas de tests de désinfection depuis que le foyer avait changé de produits désinfectants. L'administratrice a indiqué que le représentant du produit avait indiqué que les tests de désinfection pouvaient être effectués chaque semaine et que les tests devaient être fournis au foyer.

À une date ultérieure, le gestionnaire des services environnementaux a montré que le foyer avait reçu des bandelettes de test pour l'indicateur de désinfection et qu'il avait fait une démonstration. Il a indiqué que le représentant du produit s'était rendu au foyer pour donner une formation sur l'utilisation des bandelettes de test pour l'indicateur; il avait testé toutes les unités de distribution automatique et n'avait trouvé aucune anomalie. Le gestionnaire des services environnementaux a indiqué que le foyer avait mis en place des procédures pour effectuer des tests quotidiens de désinfection. L'examen de la politique du titulaire de permis sur les désinfectants chimiques et l'entretien ménager indiquait qu'elle avait été mise à jour pour préciser que le désinfectant distribué serait testé tous les jours.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Le fait que les désinfectants utilisés pour les surfaces de contact n'aient pas été testés a entraîné un risque de désinfection inefficace de l'environnement.

Sources : Observation, politique du titulaire de permis sur les désinfectants chimiques et l'entretien ménager, entretiens avec l'administratrice, le gestionnaire de la prévention et du contrôle des infections (PCI), le gestionnaire des services environnementaux et le personnel.

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

Problème de conformité n° 002 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 n'a pas mis en œuvre les normes ou protocoles que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections.

En particulier, il n'a pas veillé à ce que l'affiche aux points de service soit conforme à la *Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée*, avril 2022 (Norme de PCI). Plus précisément, le point e) de la section 9.1 sur l'exigence supplémentaire – Précautions supplémentaires stipule qu'au minimum, les précautions supplémentaires doivent inclure une affiche au

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

point de service indiquant que des mesures de contrôle renforcées de PCI sont en place.

Justification et résumé

Lors de l'observation initiale du foyer concernant la PCI, un certain nombre de chambres partagées avaient des précautions supplémentaires affichées à l'extérieur de la chambre, mais qui ne spécifiaient pas quelle personne résidente nécessitait des mesures de contrôle renforcées de la PCI.

L'entretien avec le directeur adjoint des soins a indiqué que l'affiche à l'extérieur des chambres partagées devait indiquer le numéro du lit et que les superviseurs des infirmières autorisées (IA) étaient responsables de l'exécution de cette tâche.

Les affiches de précautions supplémentaires à l'extérieur de la chambre ont été corrigées avec des numéros de lit précis pour indiquer la personne résidente qui nécessitait des mesures de contrôle de PCI renforcées le jour même où le directeur adjoint des soins a été notifié par l'inspectrice ou l'inspecteur.

Le fait de ne pas apposer à l'extérieur d'une chambre partagée une affiche indiquant que des mesures de contrôle de PCI renforcées ont été mises en place pour la personne résidente a eu une incidence sur la communication de ces mesures aux membres du personnel, aux étudiants et aux visiteurs.

Sources : Observations, entretien avec le directeur adjoint des soins et le personnel.

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Problème de conformité n° 003 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : du paragraphe 102 (8) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programme de prévention et de contrôle des infections

Paragraphe 102 (8) Le titulaire de permis veille à ce que tout le personnel participe à la mise en œuvre du programme, notamment tous les membres de l'équipe de leadership, y compris l'administrateur, le directeur médical, le directeur des soins infirmiers et des soins personnels, et le responsable de la prévention et du contrôle des infections. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 102 (8).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un membre du personnel participe à la mise en œuvre du programme de PCI du foyer.

Justification et résumé

Lors d'une visite du foyer, une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) a été observée dans le couloir d'une section accessible aux personnes résidentes alors qu'elle portait des gants mouillés. La PSSP a reconnu qu'elle n'avait pas enlevé ses gants utilisés pour les soins aux résidents et qu'elle aurait dû le faire en quittant la chambre d'une personne résidente.

L'entretien avec le directeur adjoint des soins a indiqué que, dans le cadre des pratiques de PCI du foyer, le personnel était censé retirer ses gants et se laver les mains s'il devait quitter la chambre d'une personne résidente.

Le fait de ne pas retirer l'équipement de protection individuelle et de ne pas se laver les mains augmente le risque de transmission de micro-organismes dans le foyer.

Sources : Observations, entretiens avec le directeur adjoint des soins et 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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

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

Non-respect : de l'alinéa 102 (9) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programme de prévention et de contrôle des infections

Paragraphe 102 (9) Le titulaire de permis veille à ce qui suit au cours de chaque quart de travail :

b) les symptômes sont consignés et les mesures nécessaires sont prises immédiatement pour réduire la transmission, isoler les résidents et les mettre en groupe au besoin. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 102 (9).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, à chaque quart de travail, les symptômes indiquant la présence d'une infection chez les résidents soient consignés pour une personne résidente.

Justification et résumé

Une personne résidente a été suspectée d'avoir une infection à une date précise. La personne résidente a été surveillée et les symptômes indiquant la présence d'une infection ont été enregistrés à chaque quart de travail à partir de cette date. L'examen de la documentation des quarts de travail a révélé l'absence de documents concernant les symptômes d'infection de la personne résidente.

Une infirmière auxiliaire autorisée (IAA) a indiqué qu'elle travaillait pendant les quarts de travail spécifiés lorsque l'inspectrice ou l'inspecteur a constaté qu'il manquait des documents. L'IAA a indiqué qu'elle n'était pas au courant des exigences relatives à la documentation des quarts de travail pour les résidents présentant des symptômes d'infection.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Le gestionnaire de la PCI a indiqué que le personnel était censé consigner les signes et symptômes d'infection à chaque période de travail dans le dossier clinique de la personne résidente.

Le fait de ne pas consigner les symptômes de la personne résidente indiquant la présence d'une infection à chaque quart de travail peut avoir une incidence sur la surveillance de la santé de la personne résidente.

Sources : Dossier clinique et entretien avec le gestionnaire de la PCI et le personnel.

AVIS ÉCRIT : Système de gestion des médicaments

Problème de conformité n° 005 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de l'article 123 du Règl. de l'Ont. 246/22

Système de gestion des médicaments

Article 123

(1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée élabore un système interdisciplinaire de gestion des médicaments qui prévoit une gestion sécuritaire des médicaments et qui maximise les résultats d'une pharmacothérapie efficace pour les résidents.

(2) Le titulaire de permis veille à ce que des politiques et des protocoles écrits soient élaborés pour le système de gestion des médicaments afin de veiller à ce que tous les médicaments utilisés au foyer soient acquis, préparés, reçus, entreposés, administrés, détruits et éliminés de façon rigoureuse.

(3) Les politiques et protocoles écrits doivent :

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

- a) être élaborés, mis en œuvre, évalués et mis à jour conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises;
- b) être examinés et approuvés par le directeur des soins infirmiers et des soins personnels et le fournisseur de services pharmaceutiques et, s'il y a lieu, par le directeur médical.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que sa politique en matière d'administration des médicaments soit respectée. En particulier, le foyer n'a pas veillé à ce que le personnel autorisé appose ses initiales sur le registre d'administration des médicaments. Selon la politique, le personnel autorisé devait documenter ou utiliser les codes fournis dans le registre d'administration des médicaments pour indiquer si une dose avait été omise.

Justification et résumé

Un rapport d'incident critique (RIC) a été soumis au directeur concernant l'utilisation d'un médicament particulier pour une personne résidente.

La politique du foyer en matière d'administration des médicaments indique qu'une fois qu'un médicament a été administré, le personnel doit consigner par écrit que le médicament a été administré à la personne résidente. La même politique précisait également que si une dose devait être omise, une documentation particulière devait être inscrite dans le registre d'administration des médicaments.

La personne résidente s'est vu prescrire un traitement médicamenteux particulier et une surveillance précise. Le registre d'administration des médicaments de la personne résidente pour un mois donné indiquait un certain nombre de documents manquants pour la pharmacothérapie et la surveillance spécifiées.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Un entretien avec une IAA a confirmé qu'une fois qu'un médicament est administré à une personne résidente, le registre d'administration des médicaments doit être signé et documenté. Un pharmacien clinicien a précisé que si la documentation était manquante, cela signifiait soit que le médicament n'avait pas été administré à la personne résidente, soit que le personnel avait administré le médicament et avait omis de le documenter. Un entretien avec une autre IAA a confirmé que les documents manquants dans la version papier du registre d'administration des médicaments du foyer constituaient un risque pour la personne résidente. Lors d'un entretien avec la directrice des soins, celle-ci a confirmé que les documents manquants n'étaient pas conformes à la politique du foyer en matière d'administration des médicaments.

Le personnel autorisé n'ayant pas consigné les renseignements dans le registre d'administration des médicaments, la personne résidente courait un risque accru d'être impliquée dans un accident lié à la médication.

Sources : RIC, registre d'administration des médicaments, politique en matière d'administration des médicaments, entretiens avec le pharmacien clinicien, le personnel autorisé et la directrice des soins.

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 001 Foyer : milieu sûr et sécuritaire

Problème de conformité n° 006 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de l'article 5 de la *LRSLD* (2021)

Foyer : milieu sûr et sécuritaire

Article 5 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer soit un milieu sûr et sécuritaire pour ses résidents.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

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 :

a) L'administratrice ou son délégué effectuera des contrôles physiques, au minimum, dans un certain nombre de sections accessibles aux personnes résidentes et dans la salle à manger principale afin de s'assurer que le foyer est un environnement sûr et sécurisé pour ses résidents. Les vérifications physiques consisteront à tenter d'ouvrir la porte de la salle à manger principale et la porte du réfrigérateur-congélateur, le cas échéant, afin de s'assurer qu'elles sont bien fermées. La fréquence des vérifications est au minimum de trois fois par semaine pendant une période de trois semaines, entre 13 h et 15 h.

b) L'administratrice ou son délégué conservera la documentation relative aux vérifications physiques effectuées. La documentation comprend la date de la vérification, la section vérifiée, le nom de la personne chargée de la vérification, les constatations éventuelles, les mesures correctives prises, y compris la date de ces mesures. Fournir immédiatement la documentation lorsque l'inspectrice ou l'inspecteur la demande pour examen.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer soit un milieu sûr et sécuritaire pour ses résidents.

Justification et résumé

Lors d'une visite du foyer, les inspecteurs ont noté qu'un réfrigérateur, avec un compartiment congélateur, contenait des aliments tels que des croustilles, des barres glacées, des boissons et des sandwiches qui étaient accessibles à tous les résidents dans la salle de séjour.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Un autre jour, les inspecteurs ont constaté qu'une clé avait été oubliée dans le barillet d'une porte menant à la salle à manger principale du rez-de-chaussée. Les inspecteurs ont pu entrer dans la salle à manger principale et accéder à la zone de service qui n'était soumise à aucune restriction. Des tables à vapeur chaude, des couteaux de cuisine et des aliments tels que du pain et des céréales ont été observés dans la zone de service en l'absence du personnel.

L'administratrice a confirmé que la porte de la salle à manger principale devait être fermée à clé lorsqu'il n'y avait pas de surveillance et que la clé ne devait pas être laissée à l'intérieur de la porte.

Le fait de ne pas restreindre l'accès aux produits alimentaires dans la salle à manger principale et dans une salle de séjour présentait un risque d'étouffement et d'allergènes pour les résidents ayant des restrictions alimentaires et des régimes à texture modifiée.

Sources : Observations et entretiens avec l'administratrice.

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

20 septembre 2024

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 002 Portes dans le foyer

Problème de conformité n° 007 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

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

Portes dans le foyer

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Paragraphe 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 résidents. Elles doivent être gardées fermées et verrouillées quand elles ne sont pas supervisées par le personnel.

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 :

a) L'administratrice ou son délégué doit effectuer des vérifications physiques, au minimum, dans un certain nombre de sections accessibles aux personnes résidentes afin de s'assurer que toutes les portes menant à des sections non résidentielles sont fermées et verrouillées lorsqu'elles ne sont pas surveillées par le personnel. Les vérifications physiques doivent consister en une tentative d'ouverture de la porte. La fréquence des vérifications est au minimum de trois fois par semaine pendant une période de trois semaines, pendant le quart de jour.

b) L'administratrice ou son délégué conservera la documentation relative aux vérifications physiques effectuées. La documentation comprend la date de la vérification, le nom de la personne chargée de la vérification, les sections vérifiées, les constatations éventuelles, les mesures correctives prises, y compris la date de ces mesures. Fournir immédiatement la documentation lorsque l'inspectrice ou l'inspecteur la demande pour examen.

Motifs

La titulaire de permis n'a pas veillé à ce que toutes les portes donnant sur les sections non résidentielles soient dotées de verrous pour empêcher leur accès non

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

supervisé par les résidents. Elles doivent être gardées fermées et verrouillées quand elles ne sont pas supervisées par le personnel.

Justification et résumé

Lors d'une visite du foyer, il a été constaté que la porte d'une chute à linge, la porte d'une salle de rangement et la porte de rangement d'un salon étaient fermées, non verrouillées et non surveillées par le personnel. Le local de la chute à linge donnait accès à une chute à linge non sécurisée, à charnière supérieure, qui menait au niveau inférieur. Le matériel conservé dans les salles de rangement comprenait des sandwichs, des pizzas, des salades et des boissons.

Un autre jour, une personne résidente a été observée à l'intérieur d'une salle de rangement en train de manger des céréales sèches provenant du chariot d'alimentation et n'était pas surveillée par un membre du personnel.

Un entretien avec l'administratrice et une infirmière autorisée a révélé que la porte de la chute à linge et les portes des salles de rangement devaient toujours être fermées et verrouillées lorsqu'elles ne sont pas surveillées par le personnel.

Le fait de ne pas s'assurer que les portes menant aux sections non résidentielles sont maintenues fermées et verrouillées met les résidents en danger.

Sources : Observation et entretiens avec l'administratrice et autres membres du personnel.

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

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

RENSEIGNEMENTS SUR LA RÉVISION/L'APPEL

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

Remarque : En vertu de la Loi, les frais de réinspection ne peuvent faire l'objet d'une révision par le directeur ou d'un appel auprès de la Commission d'appel et de révision des services de santé (CARSS). La demande de révision par le directeur doit être présentée par écrit et signifiée au directeur dans les 28 jours suivant la date de signification de l'ordre ou de l'APA au titulaire de permis.

La demande écrite de révision doit comprendre :

- a) les parties de l'ordre ou de l'APA pour lesquelles la révision est demandée;
- b) toute observation que le titulaire de permis souhaite que le directeur prenne en considération;
- c) une adresse de signification pour le titulaire de permis.

La demande écrite de révision doit être signifiée en mains propres, par courrier recommandé, par courriel ou par service de messagerie commerciale à la personne indiquée ci-dessous.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

Directeur

a/s du coordonnateur des appels

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée 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;

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

- c) la décision de révision du directeur, rendue en vertu de l'article 169 de la Loi, concernant l'ordre de conformité (art. 155) ou l'APA (art. 158) d'un inspecteur.

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

Commission d'appel et de révision des services de santé

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

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.