

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

## Rapport public initial

**Date d'émission du rapport :** 5 juillet 2024

**Numéro d'inspection :** 2024-1513-0001

**Type d'inspection :**

Plainte  
Incident critique

**Titulaire de permis :** Unionville Home Society

**Foyer de soins de longue durée et ville :** Union Villa, Unionville

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 28 au 31 mai 2024 et 3 au 7 juin 2024

Les inspections concernaient :

- Trois signalements en lien avec la prévention des chutes
- Deux signalements en lien avec des éclosions
- Un signalement en lien avec des soins inadéquats
- Un signalement en lien avec une chute entraînant une blessure
- Un signalement en lien avec une blessure de cause inconnue
- Un signalement en lien avec la prévention des chutes, les médicaments et l'entretien ménager
- Une plainte en lien avec les soins de la peau et des plaies et la mobilité

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

Services de soins et de soutien aux personnes résidentes  
Prévention et gestion relatives aux soins de la peau et des plaies  
Soins liés à l'incontinence  
Alimentation, nutrition et hydratation  
Gestion des médicaments  
Entretien ménager, buanderie et services d'entretien  
Prévention et contrôle des infections  
Foyer sûr et sécuritaire  
Prévention des mauvais traitements et de la négligence  
Comportements réactifs  
Prévention et gestion des chutes

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### AVIS ÉCRIT : DÉCLARATION DES DROITS DES RÉSIDENTS

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

#### **Non-respect : de la disposition 2 du paragraphe 3 (1) de la *LRSLD* (2021)**

Déclaration des droits des résidents

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

2. Le résident a droit au respect de son mode de vie et de ses choix.

Le titulaire de permis n'a pas respecté les souhaits exprimés par une personne résidente.

#### **Justification et résumé**

Lors d'une première visite, l'inspecteur n° 000745 a observé une personne résidente qui tentait d'attirer l'attention de l'inspecteur. Lorsqu'il s'est approché de la personne résidente, celle-ci a informé l'inspecteur qu'elle avait fait des demandes répétées au personnel et que ce dernier avait refusé de répondre. La personne résidente a exprimé sa détresse et a demandé l'assistance de l'inspecteur.

L'inspecteur s'est ensuite adressé à l'infirmière auxiliaire autorisée (IAA) n° 114 pour lui faire part de la demande de la personne résidente et de son niveau de détresse. L'IAA a répondu immédiatement qu'il n'y avait pas de personnel disponible pour aider la personne résidente et qu'elle ne savait pas quand le personnel serait disponible. Quelques instants plus tard, l'IAA s'est approchée de l'inspecteur et lui a dit qu'elle avait parlé au responsable des chutes qui l'avait informée que, conformément à la politique du foyer de soins de longue durée, la demande de la personne résidente ne pouvait pas être traitée à ce moment-là. L'inspecteur a demandé que la politique soit présentée et l'IAA n° 114 a répondu qu'elle proposerait d'autres interventions à la personne résidente. Environ 30 minutes plus tard, on a constaté que la personne résidente était avec le personnel qui lui apportait l'aide demandée.

Lors d'un entretien, il a été demandé au responsable des chutes de clarifier la politique mentionnée par l'IAA n° 114. Le responsable des chutes a indiqué qu'il avait donné des instructions inexactes à l'IAA et qu'il n'existait en fait aucune politique

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

interdisant l'action demandée par la personne résidente. Le responsable des chutes a confirmé que les mesures du foyer de soins de longue durée dans ce cas ne soutenaient pas les droits de la personne résidente et a déclaré qu'il clarifierait les attentes avec le personnel et veillerait à ce que les droits de la personne résidente et ses demandes futures soient respectés.

Le fait de ne pas répondre à la demande de la personne résidente constitue une violation directe de la déclaration des droits des résidents.

**Sources :** Observations, examens des dossiers, entretiens avec la personne résidente, l'IAA n° 114 et le responsable des chutes n° 117. [000745]

### **AVIS ÉCRIT : PROGRAMME DE SOINS**

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

**Non-respect : du paragraphe 6 (7) de la *LRSLD* (2021)**

Programme de soins

Paragraphe 6 (7) Le titulaire de permis veille à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis au résident, tel que le précise le programme.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les interventions de prévention des chutes ordonnées dans le programme de soins soient suivies.

#### **Justification et résumé**

À une date précise, l'inspecteur a observé la personne résidente dans sa chambre, en l'absence des interventions requises. Un examen des dossiers a montré que la personne résidente avait besoin de ces interventions, car elle présentait un risque élevé de chute.

La personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) n° 131 a confirmé que les interventions n'étaient pas en place comme prévu et a immédiatement corrigé le problème.

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que les mesures de prévention des chutes prescrites soient mises en place a augmenté le risque que la personne résidente subisse des conséquences négatives.

**Sources :** Observations, dossiers cliniques, entretien avec la PSSP n° 131. [000745]

**AVIS ÉCRIT : SERVICES D'HÉBERGEMENT**

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

**Non-respect : de l'alinéa 19 (2) c) de la *LRSLD* (2021)**

Services d'hébergement

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

c) le foyer, l'ameublement et le matériel sont entretenus de sorte qu'ils soient sûrs et en bon état.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer soit maintenu en bon état.

**Justification et résumé**

Lors d'une première visite du foyer de soins de longue durée, l'inspecteur a constaté que de nombreuses parties du foyer étaient en mauvais état. Les parties en mauvais état ont été répertoriées comme suit :

Dans la première partie du foyer de soins de longue durée, l'inspecteur a observé ce qui suit :

- dommages causés par l'eau au plafond des salles à manger des résidents.
- dégradation du placage du comptoir de service dans la salle à manger des résidents, une grande partie étant manquante.
- sol manquant près de l'entrée du jardin des résidents.
- levier de fenêtre manquant sur la fenêtre située juste à côté de la porte donnant sur le jardin des résidents.
- couvercle d'un boîtier de thermostat situé dans une partie commune des résidents ayant subi des dommages importants; il dépassait du mur et présentait un large espace entre le couvercle et le mur, avec des vis et des ancrages de cloisons sèches apparents.

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Dans la deuxième partie du foyer :

- plusieurs sections de cloisons sèches réparées, mais non repeintes
- Le levier d'ouverture/fermeture de la fenêtre située à côté de la cage d'escalier était manquant et un collier de serrage était enroulé autour du boîtier du levier.

Dans la troisième partie du foyer :

- une grande partie de la plinthe en caoutchouc a été rapiécée dans une couleur non assortie dans la salle de soins des résidents et une grande partie du sol a été rapiécée avec un matériau qui ne correspond pas au sol actuel dans la même salle de soins.

Dans la quatrième partie du foyer :

- Dans la salle à manger des résidents, plusieurs sections de revêtement de sol ont été observées avec des bandes de ruban adhésif noir couvrant les sections fortement usées.

Lors d'un entretien, le directeur des services environnementaux et de l'infrastructure du campus a confirmé que toutes les parties relevées par l'inspecteur devaient être remises en état et a indiqué qu'il allait commencer à effectuer les réparations. Le directeur des services environnementaux et de l'infrastructure du campus a également indiqué que la salle de soins, située dans la troisième partie du foyer, faisait actuellement l'objet d'une évaluation en vue d'une rénovation complète, et que le foyer de soins de longue durée avait donc appliqué des mesures correctives temporaires dans les parties concernées. Le directeur des services environnementaux et de l'infrastructure du campus a également indiqué qu'il avait entamé la procédure de passation de marché pour le remplacement du revêtement de sol dans la quatrième partie du foyer.

Le fait de ne pas maintenir le foyer en bon état peut réduire le sentiment d'appréciation du foyer par les résidents.

**Sources :** Observations, entretien avec le directeur des services environnementaux et de l'infrastructure du campus. [000745]

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

**AVIS ÉCRIT : CÔTÉS DE LIT**

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 18 (1) a) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Côtés de lit

Paragraphe 18 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que, si des côtés de lit sont utilisés, les critères suivants soient respectés :

a) le résident est évalué et son lit est évalué conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises, afin de réduire au minimum les risques que le lit pose pour le résident;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le système de lit d'une personne résidente soit évalué conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, s'il n'y en a pas, conformément aux pratiques courantes, afin de réduire au minimum les risques pour la personne résidente.

**Justification et résumé**

Un rapport d'incident critique (RIC) a été soumis au directeur concernant la blessure d'une personne résidente dont la cause est inconnue.

Un document élaboré par Santé Canada en mars 2008 fournit les conseils nécessaires pour réaliser une évaluation de l'intervention indiquée. Le guide de Santé Canada a été désigné par le directeur du ministère des Soins de longue durée en 2012 et en 2019 comme la pratique dominante et a été partagé avec le secteur.

L'examen des dossiers médicaux de la personne résidente a permis de constater qu'elle avait besoin de côtés de lit en tant qu'appareil d'aide personnelle. Le programme de soins demandait au personnel de s'assurer que le côté de lit était utilisé sur le côté du lit précisé et de procéder à des contrôles de sécurité lorsque les côtés de lit étaient mis en place.

Le directeur de la prévention et du contrôle des infections (PCI) et le physiothérapeute ont confirmé que le côté de lit de la personne résidente avait été fixé sur un côté précis, après que la blessure inconnue ait été signalée.

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Selon les notes consignées dans PointClickCare (PCC) par le directeur de la PCI, lors d'une réunion avec la procuration et le physiothérapeute, un changement de lit a été planifié pour la personne résidente et la demande a été transmise au service de l'entretien ménager.

L'examen des vérifications effectuées par le fournisseur du foyer de longue durée à une date précise a montré que le numéro de série et le système de lit évalués pour la personne résidente l'année précédente ne correspondaient pas au numéro de série et au système de lit utilisés par la personne résidente au moment de l'inspection.

La directrice des soins a confirmé que le suivi mensuel des côtés de lit par le personnel infirmier autorisé pour l'année 2024 à ce jour n'avait pas été effectué mensuellement comme l'exige la politique relative à la sécurité des résidents et aux côtés de lit.

Le superviseur de l'entretien et la directrice des soins ont confirmé que la personne résidente avait changé de lit et qu'une évaluation du système de lit n'avait pas été réalisée pour cette personne.

Le fait de ne pas réaliser les évaluations nécessaires conformément aux pratiques en vigueur augmente le risque de préjudice pour les résidents.

**Sources :** Observation, dossiers médicaux de la personne résidente, lits d'hôpitaux pour adultes : risques de coincement des patients, fiabilité du verrouillage des côtés et autres risques, politique en matière de côtés de lit, vérifications des lits et entretiens avec le personnel. [741722]

**AVIS ÉCRIT : COMPORTEMENTS RÉACTIFS**

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'alinéa 58 (4) c) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Comportements réactifs

Paragraphe 58 (4) Le titulaire de permis veille à ce qui suit pour chaque résident qui affiche des 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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

c) des mesures sont prises pour répondre aux besoins du résident, notamment des évaluations, des réévaluations et des interventions, et les réactions du résident aux interventions sont documentées.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, lorsqu'une personne résidente manifeste des comportements réactifs, des mesures soient prises pour répondre à ses besoins, y compris des évaluations, des réévaluations et des interventions, et à ce que les réponses de la personne résidente à ces interventions soient consignées par écrit.

**Justification et résumé**

Le foyer de soins de longue durée a été informé de la fugue d'une personne résidente à une date précise.

L'examen de la politique de gestion des comportements a montré que si les stratégies de gestion des comportements n'aboutissaient pas, il fallait en référer au responsable du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement (Projet OSTC).

Les dossiers médicaux de la personne résidente indiquent qu'une intervention particulière a été mise en œuvre à une date et à une heure précises. Dans les notes d'évolution de la personne résidente, le personnel infirmier autorisé a indiqué que la personne résidente avait manifesté des comportements particuliers au cours de la même journée. Les interventions notées dans le programme de soins de la personne résidente ordonnaient au personnel d'administrer les médicaments conformément à l'ordonnance du médecin, de veiller à l'identification, de procéder à des vérifications toutes les heures, de documenter dans Point of Care et d'utiliser une approche particulière. Les ordonnances de la personne résidente confirmaient qu'il y avait eu un ajustement de la médication.

Le PSSP n° 125 a confirmé qu'il savait que la personne résidente avait des comportements particuliers à un moment précis de la journée et qu'elle faisait l'objet de vérifications fréquentes. En outre, le personnel a confirmé la fugue de la personne résidente au cours de son quart de travail.

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Le responsable du Projet OSTC a indiqué qu'il avait été informé de la fugue de la personne résidente quelques jours après l'incident. À une date précise, il a reçu un courriel de l'infirmière indiquant l'inefficacité du changement de médicament. L'infirmière du Projet OSTC a confirmé qu'elle n'avait pas été informée que le personnel infirmier autorisé avait mis en place une intervention particulière à une date précise et qu'un examen de l'intervention n'avait pas été effectué.

L'absence d'évaluation et de gestion adéquates des comportements particuliers de la personne résidente peut accroître le risque d'incidents, pouvant entraîner un préjudice pour la personne résidente.

**Sources :** Classeur de plaintes de 2024 du foyer de soins de longue durée, dossiers médicaux de la personne résidente, politique de gestion du comportement et entretiens avec le personnel. [741722]

**AVIS ÉCRIT : ENTRETIEN MÉNAGER**

Problème de conformité n° 006 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 parties communes, y compris les planchers, les surfaces de contact et les surfaces murales, soient maintenues en bon état de propreté dans une section donnée du foyer.

**Justification et résumé**

Lors d'une visite du foyer de soins de longue durée, on a constaté que le sol de la salle à manger était collant. Des traces de crasse et de saleté accumulées ont été observées sur les bords des murs, ainsi que sur un pilier blanc. Il a également été

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

noté que de la nourriture sèche était étalée autour du pilier blanc près de la fenêtre de la salle à manger. En outre, des toiles d'araignées ont été observées dans les coins des portes de sortie du petit salon situé autour de l'escalier.

L'examen de la documentation de routine et du classeur des vérifications du service d'entretien ménager n'a révélé aucun document relatif aux vérifications effectuées dans les sections observées dans l'unité du foyer mentionnée.

Les entretiens avec le directeur des services environnementaux et de l'infrastructure du campus et le superviseur de l'entretien ménager ont confirmé que l'état actuel des parties communes observées n'était pas acceptable au regard des routines de nettoyage et des pratiques exemplaires du foyer de longue durée.

Le fait de ne pas veiller à ce que les parties communes du foyer, y compris les sols et les murs, soient maintenues en bon état de propreté peut contribuer aux risques sanitaires, à l'attraction des parasites et à la propagation des maladies.

**Sources :** Observations, vérifications de l'entretien ménager et entretiens avec le personnel. [741722]

**AVIS ÉCRIT : ENTRETIEN MÉNAGER**

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

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

(i) l'équipement destiné aux soins des résidents, notamment les baignoires, les chaises de douche et les fauteuils releveurs,

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les procédures de nettoyage et de désinfection soient mises en œuvre en utilisant, au minimum, un désinfectant de faible niveau pour la chaise de douche dans une section spécifiée du foyer.

**Justification et résumé**

L'inspecteur n° 741722 a observé les pratiques du foyer en matière de nettoyage et de désinfection du matériel de soins, en particulier une chaise de douche dans une section précise du foyer.

Après avoir aidé une personne résidente à prendre sa douche, la PSSP n° 107 a été observé en train d'appliquer du détergent à vaisselle sur la chaise de douche utilisée par la personne résidente.

La PSSP n° 107 a confirmé qu'elle appliquait du détergent et a reconnu qu'il ne s'agissait pas du produit approprié pour le nettoyage et la désinfection de la chaise de douche.

Le directeur de la PCI a confirmé que ce produit n'était pas approprié pour le nettoyage et la désinfection des chaises de douche et a indiqué qu'une affiche indiquant la procédure correcte de nettoyage et de désinfection de la chaise de douche avait été apposée dans la salle de soins afin de le rappeler à l'ensemble du personnel. En outre, le superviseur de l'entretien ménager a confirmé que le produit à utiliser était Oxyvir Tb one minute contact, disponible dans le foyer dans toutes les salles de soins des unités du foyer.

Le fait de ne pas veiller à ce que les pratiques de nettoyage et de désinfection soient respectées peut entraîner la propagation d'infections et un risque accru pour le bien-être des résidents du foyer.

**Sources :** Observations, protocole des pratiques exemplaires pour le nettoyage et la désinfection des chaises de douche, entretiens avec la PSSP n° 107, le directeur de la PCI et le superviseur de l'entretien ménager. [741722]

**AVIS ÉCRIT : RAPPORTS : INCIDENTS GRAVES**

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

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

**Non-respect : de la disposition 1 du paragraphe 115 (3) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Rapports : incidents graves

Paragraphe 115 (3) Le titulaire de permis veille, d'une part, à aviser le directeur lorsque se produisent au foyer les incidents suivants et ce, au plus tard un jour ouvrable après l'incident, et, d'autre part à faire suivre le rapport exigé au paragraphe (5) :

1. Un résident qui est porté disparu depuis moins de trois heures et qui retourne au foyer sans aucune lésion ni aucun changement indésirable de son état.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le directeur soit informé de la disparition d'une personne résidente qui est revenue peu de temps après au foyer sans avoir été blessée ni avoir subi de changement de son état de santé.

**Justification et résumé**

Le foyer de soins de longue durée a été informé de la fugue d'une personne résidente à une date précise.

Les dossiers médicaux de la personne résidente indiquaient que celle-ci présentait des comportements particuliers à une date donnée.

La PSSP n° 125 a confirmé que la personne résidente était connue pour ses comportements particuliers et que des interventions précises allaient être effectuées auprès d'elle. En outre, le personnel a confirmé la fugue de la personne résidente au cours de son quart de travail.

La directrice des soins a indiqué que l'incident lui avait été signalé quelques jours après l'événement.

L'absence de signalement et de suivi rapides peut entraîner une perte de confiance de la part des résidents et de leurs familles.

**Sources :** Classeur de plaintes de 2024 du foyer de soins de longue durée, dossiers médicaux de la personne résidente et entretiens avec le personnel. [741722]

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

## AVIS ÉCRIT : RAPPORTS : INCIDENTS GRAVES

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

**Non-respect : de la disposition 4 du paragraphe 115 (3) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Rapports : incidents graves

Paragraphe 115 (3) Le titulaire de permis veille, d'une part, à aviser le directeur lorsque se produisent au foyer les incidents suivants et ce, au plus tard un jour ouvrable après l'incident, et, d'autre part à faire suivre le rapport exigé au paragraphe (5) :

4. Sous réserve du paragraphe (4), un incident cause à un résident une lésion nécessitant son transport à l'hôpital et provoque un changement important dans son état de santé.

Sous réserve du paragraphe (4), un incident cause à un résident une lésion nécessitant son transport à l'hôpital et provoque un changement important dans son état de santé.

### Justification et résumé

À une date précise, une personne résidente a fait une chute qui a nécessité son transfert à l'hôpital. Cette situation n'a été signalée au directeur qu'à une date ultérieure.

Les notes d'enquête montrent que l'IA n° 129 a procédé à une évaluation et a appelé les services d'urgence en conséquence. La directrice des soins a confirmé que l'incident critique aurait dû être signalé immédiatement au directeur, mais elle a indiqué qu'elle n'avait aucune explication quant à la raison pour laquelle le rapport n'avait pas été établi.

Le fait de ne pas avoir signalé l'incident critique au directeur n'a pas eu d'incidence sur la personne résidente.

**Sources :** Examen des dossiers et entretien avec la directrice des soins. [000745]

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

**AVIS ÉCRIT : Administration des médicaments**

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

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

Administration des médicaments

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

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

**Justification et résumé**

Lors d'une inspection liée à des problèmes de soins concernant une personne résidente, les ordonnances de médicaments de cette dernière ont été examinées.

L'examen des ordonnances médicales de la personne résidente a révélé qu'à une date précise, le médecin prescripteur avait ordonné le maintien d'un médicament donné et l'arrêt de ce même médicament quelques jours plus tard. Les dossiers médicaux ont confirmé que les médicaments ont été administrés à la personne résidente à la date prévue pour l'arrêt du traitement.

La directrice des soins a confirmé que les médicaments de la personne résidente lui avaient été administrés et qu'ils ne lui avaient pas causé de préjudice. En outre, le personnel a indiqué qu'une erreur de médication avait été signalée et avait fait l'objet d'une enquête.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que les médicaments soient administrés à la personne résidente conformément au mode d'emploi indiqué par le prescripteur a exposé la personne résidente à un risque accru pour sa santé.

**Sources :** Dossiers cliniques de la personne résidente et entretiens avec le personnel. [741722]

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

**ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 001 SERVICES D'ENTRETIEN**

Problème de conformité n° 011 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : de l'alinéa 96 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Services d'entretien

Paragraphe 96 (2) Le titulaire de permis veille à ce que soient élaborées et mises en œuvre des marches à suivre qui garantissent ce qui suit :

b) l'équipement, les appareils, les appareils fonctionnels et les aides pour changer de position au foyer sont maintenus en bon état, à l'exception des appareils d'aide personnelle ou de l'équipement des résidents;

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

1. La directrice des soins ou son représentant établit un système selon lequel tous les équipements de prévention des chutes attribués à une personne résidente sont vérifiés par le personnel de soins directs une fois par jour afin de s'assurer que l'équipement est en bon état de fonctionnement. Le système doit au moins inclure les éléments suivants : le nom du membre du personnel responsable de la réalisation des vérifications, l'heure, la date et le résultat des vérifications, ainsi que les mesures prises pour tout équipement dont on a découvert qu'il ne fonctionnait pas. Ces vérifications doivent être effectuées jusqu'à ce que l'ordre soit exécuté. Le titulaire de permis conservera les dossiers de ces vérifications et les produira immédiatement à la demande d'un inspecteur.

2. Le responsable du programme sur les chutes, en collaboration avec le physiothérapeute, fournira une formation en personne à l'ensemble du personnel de soins directs sur ce qui constitue un équipement de prévention des chutes fonctionnel et non fonctionnel et sur l'importance que cet équipement soit en état de marche. Le responsable des chutes doit faire une démonstration de tous les équipements de prévention des chutes utilisés dans le foyer à l'intention du personnel de soins directs. Le titulaire de permis doit tenir un registre des dates de formation, des présences et du matériel de formation et le produire immédiatement à la demande d'un inspecteur.

3. Le responsable des chutes, ou son représentant, procède à des vérifications hebdomadaires aléatoires des dossiers de vérification de l'équipement afin de

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

s'assurer qu'elles sont effectuées conformément aux instructions. Ces vérifications doivent se poursuivre sur une base hebdomadaire jusqu'à ce que l'ordre ait été exécuté. Tout manquement relevé sera consigné et le personnel concerné sera immédiatement formé conformément aux exigences de la législation. Ces vérifications doivent être consignées par écrit, y compris toute mesure corrective prise. Le titulaire de permis doit conserver les dossiers relatifs aux vérifications, aux mesures correctives et à toute formation de recyclage connexe et doit les fournir immédiatement à la demande d'un inspecteur.

4. La directrice des soins ou son représentant élabore et met en œuvre une procédure écrite qui donne au personnel des instructions claires sur la manière de signaler le non-fonctionnement de l'équipement de prévention des chutes. Cette procédure doit inclure des moyens permettant au personnel de repérer les équipements qui ne fonctionnent pas, de savoir quand les signaler et à qui les signaler. Cette procédure écrite doit être produite immédiatement à la demande d'un inspecteur.

5. La directrice des soins désignera un membre du personnel chargé de remplacer immédiatement les équipements de prévention des chutes qui ne fonctionnent pas. La directrice des soins veillera à ce qu'il y ait un contact principal et un contact secondaire désignés pour chacun des trois quarts de travail quotidiens, ainsi qu'un contact secondaire désigné capable d'assurer immédiatement le remplacement des personnes concernées. La personne désignée doit avoir accès à l'équipement de prévention des chutes stocké dans le foyer et avoir l'autorité de remplacer tout équipement déclaré comme n'étant pas en état de marche. Les noms et les coordonnées des personnes désignées doivent être communiqués à l'ensemble du personnel de soins directs du foyer. La liste du personnel désigné ainsi que la notification de la procédure envoyée à l'ensemble du personnel de soins directs doivent être conservées et produites immédiatement à la demande d'un inspecteur.

**Motifs**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'équipement de prévention des chutes d'une personne résidente donnée soit en bon état de fonctionnement.

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

**Justification et résumé**

À une date précise, une personne résidente a fait une chute dont personne n'a été témoin, entraînant des blessures qui ont nécessité son transfert à l'hôpital. Les dossiers montrent que la personne résidente a subi un changement important de son état de santé à la suite des blessures subies lors de la chute. D'après le programme de soins de la personne résidente, cette dernière bénéficiait de plusieurs mesures d'intervention en cas de chute au moment de la chute. Les notes d'enquête montrent que la directrice des soins a été informée par la PSSP n° 130 et l'IA n° 129 qu'une pièce d'équipement particulière n'était pas en état de marche au moment de la chute de la personne résidente.

La PSSP et l'IAA n° 130 ont également confirmé lors des entretiens que l'équipement ne fonctionnait pas au moment de la chute de la personne résidente et ont indiqué que la chute a été découverte après qu'une PSSP qui se trouvait dans une chambre adjacente a entendu un bruit fort et est allée vérifier la situation de la personne résidente.

Le fait de ne pas s'assurer que l'équipement particulier de la chambre de la personne résidente était en état de marche a augmenté le risque de retard dans le temps de réaction du personnel en cas de chute de cette personne.

**Sources :** Dossiers cliniques, entretien avec la directrice des soins n° 101 et l'IAA n° 130. [000745]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une pièce d'équipement particulière relative à la prévention des chutes soit en état de marche.

**Justification et résumé**

À une date donnée, l'inspecteur n° 000745 est entré dans une section déterminée du foyer et a constaté qu'une personne résidente était allongée sur le sol. La personne résidente appelait à l'aide à plusieurs reprises. Au moment de la découverte, il n'y avait pas de personnel dans la section et il a été constaté qu'un outil particulier de prévention des chutes ne fonctionnait pas. L'inspecteur s'est rendu sur place pour tenter de localiser le personnel chargé d'apporter un soutien à la personne résidente et, à son retour, il a constaté que le responsable de la PCI

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

n° 100 était arrivé dans la section et apportait un soutien immédiat à la personne résidente.

L'examen des documents a révélé que la personne résidente avait des antécédents connus de chutes et que de nombreuses stratégies de prévention des chutes avaient été mises en place, y compris l'utilisation d'un équipement particulier de prévention des chutes dont le fonctionnement devait être vérifié au début de chaque quart de travail. Lors d'un entretien avec le responsable des chutes n° 117, il a été confirmé qu'au moment de la chute, l'équipement concerné n'était pas fonctionnel. Lorsqu'on lui a demandé si l'équipement avait été vérifié au début du quart de travail, le responsable des chutes a répondu qu'il n'était pas en mesure de confirmer si l'équipement en question avait été vérifié au début du quart de travail, car le foyer de soins de longue durée n'a pas de méthode de suivi de la fonctionnalité et des vérifications.

Le fait de ne pas s'assurer que l'équipement de prévention des chutes prescrit pour la personne résidente était en bon état de fonctionnement augmentait le risque que le personnel ne soit pas averti si celle-ci faisait une chute sans témoin.

**Sources :** Observations de la personne résidente, dossiers cliniques, entretien avec le responsable des chutes n° 117. [000745]

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 2 octobre 2024**

## **ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 002 PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS**

Problème de conformité n° 012 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 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).

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

**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 au minimum

1) Établir un calendrier et un plan de communication pour la nouvelle équipe de lutte contre les flambées épidémiques et l'équipe interdisciplinaire afin d'organiser des séances d'information après les éclosions pour évaluer les pratiques de PCI et examiner l'efficacité des approches employées dans la gestion des éclosions. Le titulaire de permis conservera la date et l'heure des réunions, une liste des participants, les résultats des évaluations de l'efficacité et une liste de toutes les éclosions en cours d'analyse. Ces documents doivent être produits immédiatement à la demande d'un inspecteur.

2) L'équipe conjointe de lutte contre les flambées épidémiques et l'équipe de la PCI procéderont à une analyse de toutes les éclosions et évalueront l'efficacité des interventions appliquées. Si l'analyse révèle des lacunes dans les interventions, l'équipe conjointe déterminera et appliquera des mesures correctives en conséquence. Une trace écrite de toutes les réunions, comprenant la date, l'heure et les participants, doit être conservée, de même que les procès-verbaux des réunions, qui doivent mentionner les éclosions particulières examinées et toutes les mesures prises. Ces recommandations écrites doivent être produites immédiatement à la demande d'un inspecteur.

**Motifs**

1. Le titulaire de permis n'a pas mis en place une équipe de lutte contre les flambées épidémiques pour travailler en collaboration avec l'équipe interdisciplinaire de prévention et de contrôle des infections (PCI) afin d'examiner les pratiques de PCI et leur efficacité par rapport aux éclosions.

Conformément à la Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée (2022) publiée par le directeur et datée de septembre 2023, la section 4.3 stipule : Le titulaire de permis s'assure qu'après la résolution d'une éclosion, l'équipe de lutte contre les flambées épidémiques et l'équipe interdisciplinaire de la PCI tiennent une séance de compte rendu pour évaluer les pratiques de la PCI qui ont été efficaces et inefficaces dans la lutte contre la flambée épidémique. On doit rédiger un résumé des constatations qui formule des recommandations au titulaire de permis pour améliorer les pratiques de lutte contre les flambées épidémiques.

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

**Justification et résumé**

L'inspecteur n° 000745 a demandé les documents relatifs aux examens des éclosions menés par l'équipe multidisciplinaire de la PCI et l'équipe de lutte contre les flambées épidémiques, ainsi que les recommandations correspondantes adressées au titulaire de permis en ce qui concerne les pratiques de gestion des éclosions. Le responsable de la PCI a confirmé que le foyer de soins de longue durée n'avait pas d'équipe de lutte contre les flambées épidémiques et qu'il n'avait pas rempli ses obligations telles qu'elles sont décrites dans la Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée, 4.3 Exigence supplémentaire aux termes de la Norme.

Le fait de ne pas avoir mis en place une équipe de lutte contre les flambées épidémiques pour travailler avec l'équipe interdisciplinaire de la PCI a réduit les possibilités d'analyser les données relatives à l'éclosion et de fournir au titulaire de permis des recommandations pour la lutte contre les flambées épidémiques à l'avenir.

**Sources :** Entretien avec le responsable de la PCI. [000745]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel travaillant dans une section du foyer faisant l'objet de précautions pour la COVID-19 utilise correctement l'EPI.

Conformément à la Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée (2022) publiée par le directeur et datée de septembre 2023, la section 9.1 stipule : Le titulaire de permis veille à ce que l'on se conforme aux pratiques de base et aux précautions supplémentaires dans le programme de PCI. Au minimum, les pratiques de base doivent comporter ce qui suit : d) l'utilisation adéquate de l'EPI, y compris le choix, le port, le retrait et l'élimination de façon appropriée.

**Justification et résumé**

L'inspecteur n° 000745 a observé un repas dans une salle à manger réservée aux résidents. Au moment de l'observation, la section du foyer faisait l'objet de précautions supplémentaires pour la COVID-19. Des affiches invitant le personnel et les visiteurs à porter un masque et des lunettes de protection ont été observées à l'entrée de la section du foyer, de même qu'un chariot d'EPI contenant 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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

masques, des écrans de protection et des désinfectants pour les mains à base d'alcool (DMBA). Selon le responsable de la PCI, le personnel et les visiteurs devaient porter un masque chirurgical et un écran facial ou des lunettes de protection pendant toute la durée de leur présence dans la section du foyer. Au cours de l'observation, l'inspecteur a constaté que l'aide diététique n° 109 et le gestionnaire diététique n° 112 se déplaçaient entre les résidents pour leur apporter un soutien sans porter de protection oculaire. Les deux membres du personnel ont confirmé qu'ils connaissaient les exigences en matière d'EPI dans le foyer et ont reconnu que leur EPI actuel n'était pas conforme aux exigences de la section du foyer.

Le même jour, il a été observé que le médecin n° 110 était assis au poste d'infirmière d'une section accessible aux personnes résidentes, avec un masque chirurgical sous le menton. Le médecin n° 110 a confirmé qu'il connaissait les exigences en matière d'EPI pour la section du foyer et a indiqué qu'il avait prodigué des soins à une personne résidente positive à la COVID-19, mais qu'il n'avait pas jugé nécessaire de porter l'ÉPI, car il n'était pas en contact direct à ce moment précis.

Le fait de ne pas revêtir l'EPI approprié alors que l'on se trouvait dans une section du foyer sous surveillance pour la COVID-19 a accru le risque de transmission des agents pathogènes dans la section du foyer.

**Sources :** Observations, entrevues avec l'aide diététique n° 109, le médecin no 110 et le gestionnaire diététique n° 112. [000745]

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 2 octobre 2024**

**ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 003 CONSTRUCTION ET  
RÉNOVATION DE FOYERS**

Problème de conformité n° 013 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : du paragraphe 356 (3) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Construction et rénovation de foyers

Paragraphe 356 (3) Le titulaire de permis ne peut pas commencer les travaux suivants sans avoir préalablement obtenu l'approbation du directeur :

1. Les transformations, les agrandissements ou les rénovations du 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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

2. Les autres travaux relatifs au foyer ou à son équipement, si le fait d'effectuer ces travaux peut déranger les résidents de manière importante ou leur causer des inconconvénients importants.

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

Le titulaire de permis doit :

1. L'équipe de direction du foyer, qui comprend l'administrateur et le directeur des services environnementaux et de l'infrastructure du campus, élabore et met en œuvre un processus visant à garantir qu'un plan est soumis au directeur en cas de modification, d'ajout ou de rénovation du foyer, conformément aux exigences législatives. Le processus doit comprendre des spécifications concernant :

- a. les travaux à être exécutés.
- b. la manière dont les travaux seront exécutés.
- c. la manière dont les résidents seront affectés, y compris, mais sans s'y limiter, les mesures de sécurité pour les résidents, le personnel, les visiteurs, la communication avec les services d'intervention d'urgence.
- d. les mesures qui seront prises pour remédier aux éventuels effets négatifs sur les résidents.

Des dossiers écrits doivent être conservés et présentés à l'inspecteur sur demande.

2. L'équipe de direction du foyer désigne un responsable qui veille à ce que les plans soient soumis au directeur conformément au processus élaboré et mis en œuvre par le foyer. Des dossiers écrits doivent être conservés et présentés à l'inspecteur sur demande.

3. L'administrateur et le directeur des services environnementaux et de l'infrastructure du campus doivent recevoir une nouvelle formation sur les exigences législatives relatives aux modifications, aux ajouts ou aux rénovations du foyer, ainsi que sur les lignes directrices du guide à l'intention des exploitants concernant la procédure à suivre pour les modifications, les rénovations ou les ajouts aux foyers de soins de longue durée existants.

4. Conserver un dossier documenté des détails sur la personne ayant donné la formation de recyclage, le contenu de cette formation, l'heure et la date de la formation ainsi que les noms des membres du personnel présents. Mettre ce dossier à la disposition de l'inspecteur dès qu'il en fait la demande.

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

**Motifs**

Le titulaire n'a pas veillé à obtenir l'approbation du directeur avant de commencer son projet de réparation de briques.

**Justification et résumé**

Lors d'une inspection, il a été constaté la présence d'échafaudages autour de la façade avant du bâtiment. Les échafaudages ont été montés autour du côté est du bâtiment, de la façade ouest de l'entrée principale de Union Villa et des côtés sud de l'aile de soins Elson and Joy Miles.

L'examen de la documentation fournie par la direction concernant le projet a montré qu'une réparation des briques était nécessaire en raison des dégâts causés par l'eau. Les échafaudages ont été montés la première semaine de mai 2024. L'avis de projet a été présenté le 15 mai 2024 au ministère du Travail. Les dessins du projet de site ont été soumis à la ville de Markham après le début du projet. En outre, la documentation confirme que les résidents, les membres de la famille et le personnel ont été informés après le début du projet.

Les entretiens avec les résidents n° 006 et n° 007 ont indiqué qu'ils devaient veiller, pendant la journée, à fermer leurs parures de fenêtres pour préserver leur intimité, car des travailleurs étaient observés devant leurs fenêtres. En outre, l'un des résidents a également fait état d'une « odeur de poussière » au troisième étage.

L'administrateur a indiqué qu'au cours de l'automne, une réparation avait été effectuée à l'arrière du bâtiment et qu'à l'époque, aucun plan n'avait été soumis au directeur. En outre, le directeur des services environnementaux et de l'infrastructure du campus a confirmé qu'aucun plan n'avait été soumis au directeur concernant les réparations de la maçonnerie et du toit endommagés.

Le fait de ne pas avoir obtenu l'approbation du directeur avant le début des travaux a mis en danger la vie privée et la sécurité des résidents.

**Sources :** Observations, dossiers relatifs à la communication interne avec le personnel et les résidents, réparation de briques, procès-verbaux du conseil des résidents et des familles, entretiens avec les résidents, l'administrateur et le directeur des services environnementaux et de l'infrastructure du campus. [741722]

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 16 août 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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

## RENSEIGNEMENTS SUR LA RÉVISION/L'APPEL

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

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

La demande écrite de révision doit comprendre :

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

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

**Directeur**

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

Si la signification se fait :

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

- a) par courrier recommandé, elle est réputée être effectuée le cinquième jour après le jour de l'envoi;
- b) par courriel, elle est réputée être effectuée le jour suivant, si le document a été signifié après 16 h;
- c) par service de messagerie commerciale, elle est réputée être effectuée le deuxième jour ouvrable après la réception du document par le service de messagerie commerciale.

Si une copie de la décision du directeur n'est pas signifiée au titulaire de permis dans les 28 jours suivant la réception de la demande de révision du titulaire de permis, le ou les présents ordres et/ou le présent APA sont réputés confirmés par le directeur et, aux fins d'un appel devant la CARSS, le directeur est réputé avoir signifié au titulaire de permis une copie de ladite décision à l'expiration de la période de 28 jours.

En vertu de l'article 170 de la Loi, le titulaire de permis a le droit d'interjeter appel de l'une ou l'autre des décisions suivantes auprès de la CARSS :

- a) un ordre donné par le directeur en vertu des articles 155 à 159 de la Loi;
- b) un APA délivré par le directeur en vertu de l'article 158 de la Loi;
- c) la décision de révision du directeur, rendue en vertu de l'article 169 de la Loi, concernant l'ordre de conformité (art. 155) ou l'APA (art. 158) d'un inspecteur.

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

**Commission d'appel et de révision des services de santé**

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

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District du Centre-Est**

33, rue King Ouest, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa ON L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

**Directeur**

a/s du coordonnateur des appels  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée  
Ministère des Soins de longue durée  
438, avenue University 8<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario) M7A 1N3  
Courriel : [MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca](mailto: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](http://www.hsarb.on.ca).