

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) L1H 1A1

Téléphone : 844 231-5702

Rapport public initial

Date d'émission du rapport : 24 septembre 2024

Numéro d'inspection : 2024-1373-0003

Type d'inspection :

Plainte

Incident critique

Titulaire de permis : Regency LTC Operating Limited Partnership, par ses partenaires généraux, Regency Operator GP Inc. et AgeCare Iris Management Ltd.

Foyer de soins de longue durée et ville : AgeCare Woodhaven, Markham

Inspecteur principal/Inspectrice principale

Signature numérique de l'inspecteur

Autres inspecteurs ou inspectrices

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 6 au 9 et du 12 au 15 août 2024.

L'inspection concernait :

- Un dossier lié à une éclosion.
- Deux dossiers liés à la prévention et à la gestion des chutes.
- Deux dossiers liés à un traitement inapproprié ou inadéquat.
- Un dossier lié à de la négligence de la part du personnel envers une personne résidente.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

- Deux dossiers liés à des cas de mauvais traitements d'ordre physique entre personnes résidentes.
- Un dossier lié à des comportements réactifs.
- Un dossier lié à une chute ayant entraîné une blessure.
- Un dossier lié à une blessure non causée par une chute.

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

Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
Prévention et gestion de la peau et des plaies
Prévention et contrôle des infections
Foyer sûr et sécuritaire
Prévention des mauvais traitements et de la négligence
Comportements réactifs
Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Foyer : milieu sûr et sécuritaire

Problème de conformité n° 001 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

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

Foyer : milieu sûr et sécuritaire

Par. 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.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer de soins de longue durée soit un milieu sûr et sécuritaire pour ses personnes résidentes.

Justification et résumé

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

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

District du Centre-Est33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844 231-5702

Lors d'une inspection du foyer de soins de longue durée, il a été constaté que dans différentes aires du foyer identifiées comme des salles familiales, des affiches apposées indiquaient de ne pas laisser d'effets personnels dans la salle et de les ranger dans les casiers prévus à cet effet.

À différentes occasions et dans différentes unités du foyer, les éléments suivants ont été observés :

À une date donnée, dans la salle familiale d'une aire du foyer donnée :

- les effets personnels des membres du personnel, tels que des sacs, des sacs-repas et des aliments;
- une bouteille verte étiquetée « Primary Liquid Acrylic » (acrylique liquide primaire);
- deux bouteilles de lotion pour le corps;
- des membres du personnel prenant ses pauses en présence des personnes résidentes;

Au moment de l'observation, l'unité du foyer était touchée par une éclosion;

À une autre date, dans la salle familiale d'une autre aire du foyer :

- des sacs à dos appartenant à des membres du personnel;

À une autre date, dans la salle familiale d'une autre aire du foyer :

- des effets personnels, y compris un sac à main et une bouteille d'eau;
- un étudiant ou une étudiante qui prend sa pause alors qu'une personne résidente se trouve dans la salle.

Le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) a indiqué que le personnel de l'unité du foyer ayant une éclosion et le reste du personnel disposent d'aires de pause désignées et d'un endroit pour ranger leurs effets personnels.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que les aires réservées aux personnes résidentes soient sécurisées et maintenues dans un état sécuritaire a exposé les personnes résidentes du foyer à un risque de préjudice.

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) L1H 1A1

Téléphone : 844 231-5702

Sources : observations, affichage apposé dans les salles familiales du foyer de soins de longue durée et entretien avec le ou la DSI.

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité n° 002 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

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

Programme de soins

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

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins provisoire de la personne résidente n° 012 établisse des directives claires à l'égard du personnel et des autres personnes qui fournissent des soins directs à la personne résidente.

Justification et résumé

Le programme de soins provisoire écrit de la personne résidente n° 012 indique que les membres du personnel doivent utiliser un dispositif particulier pour tous les transferts.

Une affiche apposée dans la chambre de la personne résidente indique qu'une aide est nécessaire pour les transferts.

La personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) n° 120, l'infirmier auxiliaire autorisé ou l'infirmière auxiliaire autorisée (IAA) n° 110 et l'infirmier autorisé ou l'infirmière autorisée (IA) n° 113 ont indiqué que la personne résidente n° 012 avait

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844 231-5702

besoin d'une aide particulière pour tous les transferts. En outre, l'IA n° 113 a reconnu que l'affiche apposée dans la chambre de la personne résidente pouvait dérouter le personnel en ce qui concerne les transferts et qu'il ne s'agissait pas d'une directive claire.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que le programme de soins provisoire fournisse des directives claires à l'égard du personnel concernant les transferts a exposé la personne résidente n° 012 à un risque de blessures pendant le transfert.

Sources : programme de soins de la personne résidente n° 012, entretiens avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Obligation de protéger

Problème de conformité n° 003 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect du : paragraphe 24 (1) de la LRSLD (2021)

Obligation de protéger

Par. 24 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée protège les résidents contre les mauvais traitements de la part de qui que ce soit et veille à ce que les résidents ne fassent l'objet d'aucune négligence de sa part ou de la part du personnel.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne résidente n° 013 ne subisse pas de mauvais traitements de la part du personnel.

Le paragraphe 7 de l'article 2 du règlement de l'Ontario 246/22 définit la négligence comme « [le] défaut de fournir à un résident les traitements, les soins, les services ou l'aide nécessaires à sa santé, à sa sécurité ou à son bien-être. S'entend en outre d'une inaction ou d'une tendance à l'inaction qui compromet la

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) L1H 1A1

Téléphone : 844 231-5702

santé, la sécurité ou le bien-être d'un ou de plusieurs résidents. ».

Justification et résumé

Un rapport d'incident critique (RIC) concernant un incident de négligence et indiquant que la personne résidente n° 013 avait été laissée sans surveillance par la PSSP n° 122 pendant une longue période a été soumis au directeur ou à la directrice.

Les notes d'enquête du foyer indiquent que la PSSP n° 122 a laissé la personne résidente n° 013 sans surveillance; puis celle-ci a été retrouvée par une PSSP lors du quart de travail suivant.

La personne résidente n° 013 a confirmé avoir été laissée sans surveillance par la PSSP n° 122 pendant une longue période, mais aucun préjudice physique n'a été signalé.

Le ou la DSI a confirmé que l'enquête du foyer avait permis de conclure que la PSSP n° 122 avait fait preuve de négligence envers la personne résidente n° 013. En outre, le ou la DSI a confirmé que le membre du personnel concerné ne travaillait plus au foyer.

Le fait de ne pas avoir protégé la personne résidente n° 013 contre la négligence a exposé celle-ci à un risque accru de préjudice.

Sources : RIC, notes d'enquête du foyer, entretiens avec la personne résidente n° 013 et le ou la DSI.

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) L1H 1A1

Téléphone : 844 231-5702

AVIS ÉCRIT : Protection contre certains cas de contention

Problème de conformité n° 004 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : l'alinéa 34 (1) 3 de la LRSLD (2021)

Protection contre certains cas de contention

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

3. Maîtrisé au moyen d'un appareil mécanique, si ce n'est conformément à l'article 35 ou pour s'acquitter du devoir de common law visé à l'article 39.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'aucune personne résidente du foyer ne soit maîtrisée au moyen d'un appareil mécanique, si ce n'est conformément à l'article 35 ou pour s'acquitter du devoir de common law visé à l'article 39.

Justification et résumé

Une plainte a été signalée au ministère des Soins de longue durée (MSLD) concernant la prévention et la gestion des chutes de la personne résidente n° 006.

Le dossier médical de la personne résidente indique qu'elle présente un risque élevé de chute.

La PSSP n° 107 a été observée en train de mettre en place un appareil au chevet de la personne résidente. Au total, deux appareils ont été placés contre le lit de la personne résidente.

La politique du foyer en matière de contention indique que si un appareil affecte la capacité de la personne à se lever du lit ou de la chaise, l'appareil est considéré comme un appareil de contention.

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-Est33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844 231-5702

L'IAA n° 112 et la PSSP n° 107 ont confirmé que le personnel utilisait les appareils au chevet de la personne résidente. En outre, les membres du personnel ont confirmé que cette pratique ne faisait pas partie du programme de soins de la personne résidente et qu'il s'agissait d'une pratique visant à prévenir les chutes de cette dernière.

Le coordonnateur ou la coordonnatrice des soins aux personnes résidentes n° 113 et le ou la DSI ont confirmé que l'utilisation de l'appareil contre le lit d'une personne résidente était considérée comme une contention physique.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que la personne résidente n° 006 ne soit pas confinée à l'aide d'un appareil mécanique a exposé la personne résidente à un risque de préjudice.

Sources : observations, politique du foyer en matière de contention, entretiens avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes

Problème de non-conformité n° 005 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 53 (3) du Règl. de l'Ont. 246/22

Prévention et gestion des chutes

Par. 54 (3) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que l'équipement, les fournitures, les appareils et les accessoires fonctionnels visés au paragraphe (1) soient facilement accessibles au foyer. Paragraphe 54 (3) du Règl. de l'Ont. 246/22

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'équipement et les appareils indiqués dans le programme de soins provisoire de la personne résidente n° 005

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-Est33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844 231-5702

relativement à la prévention et à la gestion des chutes soient en place et en bon état de fonctionnement.

Justification et résumé

Une plainte a été signalée au MSLD concernant la prévention et la gestion des chutes de la personne résidente n° 005.

Les dossiers cliniques de la personne résidente n° 005 indiquent que, dans le cadre des mesures d'interventions en cas de chute, un appareil de sécurité devait être mis en place.

L'inspecteur ou l'inspectrice n° 741722 a observé un appareil sur une chaise près de la fenêtre de la chambre de la personne résidente.

La PSSP n° 107 a indiqué que l'appareil situé sur le dessus de la chaise était destiné à la personne résidente, mais qu'il n'était pas en bon état de fonctionnement et qu'il n'avait pas été signalé comme devant être réparé.

Le coordonnateur ou la coordonnatrice des soins aux personnes résidentes n° 113 a indiqué que la PSSP affectée aux soins de la personne résidente doit signaler au personnel autorisé de l'étage si l'appareil n'est pas en bon état de fonctionnement afin qu'il puisse être réparé ou remplacé.

Le fait de ne pas s'assurer que l'équipement et les appareils de prévention des chutes de la personne résidente n° 005 étaient en place et fonctionnaient correctement pourrait augmenter le risque de chutes et empêcher le personnel de répondre rapidement aux besoins de la personne résidente en matière de soins.

Sources : dossiers cliniques de la personne résidente n° 005, observation,

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) L1H 1A1

Téléphone : 844 231-5702

entretiens avec la PSSP n° 107 et le coordonnateur ou la coordonnatrice des soins aux personnes résidentes n° 113.

AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies

Problème de non-conformité n° 006 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect du : sous-alinéa 55 (2) (b) (iv) du Règl. de l'Ont. 246/22

Soins de la peau et des plaies

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

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

(iv) est réévalué au moins une fois par semaine par une personne autorisée visée au paragraphe (2.1), si cela s'impose sur le plan clinique;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne résidente n° 011, qui présentait une altération de l'intégrité épidermique, soit réévaluée au moins une fois par semaine par un membre du personnel infirmier autorisé.

Justification et résumé

Le dossier clinique de la personne résidente n° 011 indique que des zones d'altération de l'intégrité épidermiques ont été identifiées sur la personne résidente. Une première évaluation a été réalisée à une date donnée. Les dossiers cliniques de la personne résidente indiquaient que les réévaluations hebdomadaires n'ont pas été effectuées.

L'IAA n° 121 a confirmé qu'elle avait procédé à une évaluation initiale de la peau et

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) L1H 1A1

Téléphone : 844 231-5702

qu'elle devait la réévaluer au moins une fois par semaine, mais qu'elle ne l'avait pas fait et qu'elle ne savait pas si une réévaluation avait été effectuée.

Le ou la DSI a reconnu que les réévaluations hebdomadaires de la peau de la personne résidente n° 011 auraient dû être effectuées.

Le fait de ne pas réévaluer chaque semaine l'intégrité épidermique de la personne résidente n° 011 aurait pu entraîner un retard dans la mise en place de mesures d'interventions pour celle-ci.

Sources : dossiers cliniques de la personne résidente n° 011; entretiens avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Comportements réactifs

Problème de conformité n° 007 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 58 (2) c) du Règl. de l'Ont. 246/22

Comportements réactifs

Par. 58 (2) Le titulaire de permis veille à ce que les éléments visés au paragraphe (1), formulés dans le cadre de tous les programmes et services, soient à la fois :

(c) coordonnés et mis en œuvre selon une méthode interdisciplinaire.

Le titulaire de permis n'a pas coordonné et mis en œuvre les éléments de comportements réactifs de la personne résidente n° 003 selon une méthode interdisciplinaire.

Justification et résumé

Le foyer a soumis un rapport d'incident critique (RIC) concernant de mauvais traitements d'ordre physique entre personnes résidentes et une plainte a également

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) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

été soumise au directeur ou à la directrice à ce sujet.

Selon le programme de soins provisoire de la personne résidente n° 003, cette dernière a manifesté certains comportements à l'égard d'autres personnes résidentes et du personnel.

De multiples incidents se sont produits en raison des comportements réactifs de la personne résidente n° 003 au cours de certains mois. Les incidents documentés se sont produits dans une aire précise du foyer et ont fait l'objet d'une mesure d'intervention de la part du personnel autorisé.

Les documents électroniques de la personne résidente n° 003 indiquent que le foyer a utilisé le système d'observation de la démence après chaque incident et que le programme de soins de la personne résidente n'a pas été modifié après chaque rapport dans le système d'observation de la démence.

Le ou la responsable du programme ontarien de soutien en cas de troubles du comportement (BSO) a indiqué qu'il y avait eu de nombreux incidents entre la personne résidente n° 003 et d'autres personnes résidentes et membres du personnel en raison de ses comportements réactifs. Le ou la responsable du BSO a également mentionné que le foyer bénéficiait du soutien de l'équipe mobile des services de soutien comportemental de la santé Mackenzie, mais qu'aucune consultation n'avait été effectuée concernant la personne résidente n° 003.

Le ou la DSI a confirmé que la dernière fois que le foyer avait fait appel à un spécialiste était il y a plusieurs mois et qu'aucun aiguillage vers des sources spécialisées n'avait été fait pour la personne résidente après l'incident.

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) L1H 1A1

Téléphone : 844 231-5702

Le fait de ne pas avoir coordonné et mis en œuvre un traitement interdisciplinaire pour les comportements réactifs de la personne résidente n° 003 a entraîné un risque accru d'incidents récurrents de mauvais traitements d'ordre physique et verbal à l'égard d'autres personnes résidentes et du personnel.

Sources : dossiers médicaux de la personne résidente n° 003, entretiens avec le ou la responsable du BSO et le ou la DSI.

AVIS ÉCRIT : Comportements et altercations

Problème de conformité n° 008 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 60 (a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Comportements et altercations

Art. 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 n'a pas veillé à ce que des mesures d'interventions soient élaborées et mises en œuvre pour aider les personnes résidentes et le personnel qui risquent de subir un préjudice en raison des comportements de la personne résidente n° 003 afin de réduire au minimum les risques d'altercations et d'interactions susceptibles de causer un préjudice entre et parmi les personnes résidentes.

Justification et résumé

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

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

District du Centre-Est33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844 231-5702

Le foyer a soumis un RIC concernant de mauvais traitements d'ordre physique entre des personnes résidentes et une plainte a été soumise au directeur ou à la directrice à ce sujet.

Conformément au programme de soins de la personne résidente n° 003, celle-ci a manifesté certains comportements à l'égard d'autres personnes résidentes, déclenchés par des facteurs identifiés. Le personnel a éloigné l'autre personne résidente de la personne résidente n° 003 pour réduire les déclencheurs.

De multiples incidents ont été documentés entre des dates données en raison des comportements réactifs de la personne résidente n° 003. Les incidents se sont produits dans une aire précise du foyer et le personnel autorisé est intervenu en sortant les autres personnes résidentes de l'aire en question.

L'IAA n° 110 a indiqué qu'il y avait eu de nombreux incidents entre la personne résidente n° 003 et les autres personnes résidentes et le personnel en raison du comportement réactif de la personne résidente qui effrayait les autres personnes résidentes.

La personne résidente n° 008 a confirmé que la personne résidente n° 003 présentait des comportements particuliers à l'égard des PSSP. En outre, la personne résidente n° 008 a indiqué qu'elle ne se sentait pas en sécurité lorsque la personne résidente n° 003 était présente.

Le ou la DSI a reconnu que le comportement réactif de la personne résidente était déclenché par des facteurs qui ont été identifiés et a mentionné que le foyer a conseillé le déplacement de la personne résidente à un autre étage et une salle à manger privée afin d'assurer la sécurité des autres personnes résidentes, ce que la famille a refusé. Aucune autre mesure d'intervention n'a été mise en place concernant ce 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^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844 231-5702

L'inefficacité de la mise en œuvre de la gestion du comportement de la personne résidente n° 003 a entraîné un risque accru de cas de préjudice physique et verbal envers d'autres personnes résidentes et le personnel.

Sources : programme de soins des personnes résidentes n° 002 et n° 003, entretiens avec l'IAA n° 110, le ou la DSI et la personne résidente n° 008.

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

Problème de conformité n° 009 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 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

Par. 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. Paragraphe 102 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que toute norme que délivre le directeur ou la directrice à l'égard de la prévention et du contrôle des infections soit mise en œuvre.

Plus précisément, le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les exigences supplémentaires en matière d'équipement de protection individuelle (EPI), y compris la sélection, l'application, le retrait et l'élimination, soient respectées, comme l'exigent les précautions supplémentaires 9.1 (f) de la norme de de PCI pour les foyers de soins de longue durée, datée de septembre 2023.

Justification et résumé

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

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

District du Centre-Est33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844 231-5702

Les affiches apposées à la porte d'entrée de la chambre de la personne résidente n° 006 indiquaient que des précautions supplémentaires étaient en place.

Les dossiers médicaux de la personne résidente n° 006 indiquent qu'elle présentait une maladie infectieuse.

La personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) n° 107 a été observée à l'intérieur de la chambre, aidant à nourrir la personne résidente n° 006. Elle a été observée en train de porter un masque chirurgical, des gants et une blouse, à proximité de la personne résidente. Après avoir aidé la personne résidente, le membre du personnel a été observé en train d'enlever ses gants et sa blouse et de procéder à l'hygiène des mains. Le membre du personnel a été observé en train de sortir de la chambre avec le même masque chirurgical que celui utilisé pour aider la personne résidente.

La PSSP a indiqué ne pas avoir sélectionné correctement l'EPI requis et ne pas l'avoir mis en place de manière appropriée, car un appareil respiratoire et une protection oculaire étaient requis. En outre, elle a confirmé qu'elle aurait dû changer son masque chirurgical en sortant de la chambre de la personne résidente.

Le fait que le personnel n'ait pas respecté les exigences en matière d'EPI, notamment en ce qui concerne la sélection, l'application, le retrait et l'élimination, pourrait entraîner la transmission d'infections.

Sources : observations, notes d'évolution de la personne résidente n° 006, entretien avec la PSSP n° 107.

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle 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) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

infections

Problème de conformité n° 010 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 102 (5) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programme de prévention et de contrôle des infections

Par. 102 (5) Le titulaire de permis désigne un membre du personnel à titre de responsable de la prévention et du contrôle des infections. La formation de ce membre et son expérience en matière de pratiques de prévention et de contrôle des infections doivent notamment porter sur les éléments suivants :

- a) les maladies infectieuses;
- b) le nettoyage et la désinfection;
- c) la collecte de données et l'analyse des tendances;
- d) les protocoles de présentation de rapports;
- e) la gestion des éclosions;
- f) l'asepsie;
- g) la microbiologie;
- h) l'enseignement des adultes;
- i) l'épidémiologie;
- j) la gestion de programme;
- k) un certificat en vigueur en matière de prévention et de contrôle des infections délivré par le Certification Board of Infection Control and Epidemiology.

Paragraphe 102 (5) du Règl. de l'Ont. 246/22

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le membre du personnel qui a été désigné à titre de responsable de la prévention et du contrôle des infections (PCI) dispose d'une formation et d'une expérience en matière de pratiques de 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-Est33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844 231-5702

Justification et résumé

Au cours d'une inspection, les renseignements concernant le nouveau ou la nouvelle responsable de la PCI du foyer ont été examinés.

Le ou la DSI a indiqué que la personne responsable de la PCI avait été recrutée un jour donné et qu'elle avait pris ses fonctions actuelles de responsable de la PCI quelques jours plus tard.

Les documents relatifs aux dossiers d'éducation et de formation du ou de la responsable de la PCI indiquaient qu'il ou elle avait entamé la liste de vérification pour l'intégration et l'orientation du ou de la responsable de la PCI quelques semaines plus tard et que les sujets en suspens devaient être examinés à une date précise avec le directeur ou la directrice de la prévention et du contrôle des infections.

Le ou la responsable de la PCI a indiqué qu'il ou elle travaillait comme IAA dans des foyers de soins de longue durée et des maisons de retraite, mais qu'il ou elle n'avait aucune expérience en matière de PCI et qu'il ou elle n'avait pas suivi la formation requise pour être responsable de la PCI.

Le fait de ne pas confier le rôle de responsable du programme de PCI à un membre du personnel ayant une formation et une expérience en matière de prévention et de contrôle des infections accroît le risque d'une mauvaise gestion du programme.

Sources : dossiers de formation et d'intégration du ou de la responsable de la PCI; entretiens avec le ou la DSI et le ou la responsable de la PCI.

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle 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) L1H 1A1

Téléphone : 844 231-5702

infections

Problème de conformité n° 011 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 102 (15) 2 du Règl. de l'Ont. 246/22

Programme de prévention et de contrôle des infections

Par. 102 (15) Sous réserve du paragraphe (16), le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le responsable de la prévention et du contrôle des infections désigné en application du présent article soit présent chaque semaine au foyer et y travaille régulièrement comme tel pendant les périodes suivantes :

2. Dans un foyer dont la capacité en lits autorisés est de plus de 69, mais de moins de 200 lits, au moins 26,25 heures par semaine.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le ou la responsable de la prévention et du contrôle des infections désigné en vertu du présent article travaille régulièrement à ce poste sur place, dans le foyer, pendant la durée hebdomadaire indiquée ci-dessous : Dans un foyer dont la capacité en lits autorisés est de plus de 69, mais de moins de 200 lits, au moins 26,25 heures par semaine.

Justification et résumé

Au cours d'une inspection, les renseignements concernant le nouveau ou la nouvelle responsable de la PCI du foyer ont été examinés.

Les dossiers fournis par le ou la DSI indiquaient que le coordonnateur ou la coordonnatrice des services cliniques n° 111 a été désigné comme le ou la responsable de la PCI du foyer pour une période donnée.

Le ou la DSI a indiqué que l'ancien responsable ou l'ancienne responsable de la PCI avait exercé ses fonctions jusqu'à une date déterminée et que le ou la responsable

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) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

de la PCI récemment embauchée avait commencé à exercer ses fonctions quelques jours plus tard. En outre, le ou la responsable a confirmé que le coordonnateur ou la coordonnatrice des services cliniques assumait le rôle de responsable de la PCI pendant cette période.

Le coordonnateur ou la coordonnatrice des services cliniques n° 111 a indiqué qu'au cours de la période identifiée, il ou elle supervisait le service des soins infirmiers, y compris le rôle de responsable de la PCI, étant donné que le directeur ou la directrice des soins infirmiers était en vacances à ce moment-là. En outre, le membre du personnel a confirmé qu'il n'y avait pas de suivi des heures liées aux tâches et au rôle de responsable de la PCI pendant cette période.

Le fait de ne pas avoir désigné un responsable du programme de PCI du foyer a entraîné un risque de mauvaise application des pratiques de contrôle des infections et du bien-être des personnes résidentes du foyer de soins de longue durée.

Sources : courriel du ou de la DSI, entretiens avec le ou la DSI et le membre du personnel n° 111.

AVIS ÉCRIT : Gestion des plaintes

Problème de non-conformité n° 012 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

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

Traitement des plaintes

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

- (a) la nature de chaque plainte verbale ou écrite;
- (b) la date de réception de la plainte;
- (c) le type de mesure prise pour régler la plainte, notamment la date où elles ont été

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

- prises, l'échéancier des mesures à prendre et tout suivi nécessaire;
- (d) le règlement définitif, le cas échéant;
- (e) chaque date à laquelle une réponse a été donnée à l'auteur de la plainte et une description de la réponse;
- (f) toute réponse formulée à son tour par l'auteur de la plainte.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, lorsque le mandataire spécial de la personne résidente n° 007 a exprimé ses préoccupations concernant la chute de la personne résidente n° 007, un document à ce sujet ait été conservé dans le foyer.

Justification et résumé

Une plainte a été déposée auprès du ministère des Soins de longue durée (MSLD) concernant la gestion des chutes de la personne résidente n° 007.

Le dossier médical de la personne résidente n° 007 indiquait qu'à une date donnée, elle a fait une chute qui a nécessité son transfert à l'hôpital peu de temps après. La personne résidente a été réadmise dans le foyer de soins de longue durée quelques jours plus tard.

À une date déterminée, une conférence sur les soins a été organisée, au cours de laquelle le mandataire spécial de la personne résidente a exprimé ses préoccupations quant à la manière dont la chute s'était produite. Selon la note, l'équipe de direction a indiqué qu'elle allait mener une enquête approfondie. Le rapport d'incident critique (RIC) soumis au directeur ou à la directrice, relatif à la chute, indiquait qu'à une date précise, le mandataire spécial a été contacté et informé des résultats de l'enquête.

L'examen du classeur de plaintes du foyer ne contenait pas de documents relatifs à l'objet de la préoccupation et aux mesures prises par le foyer dans le cadre 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^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

l'enquête interne.

Le coordonnateur ou la coordonnatrice des soins aux personnes résidentes n° 113 a indiqué que le mandataire spécial de la personne résidente s'était dit bouleversé par la chute de cette dernière et qu'il voulait en savoir plus sur la façon dont elle s'était produite. Le coordonnateur ou la coordonnatrice des soins aux personnes résidentes et le directeur adjoint ou la directrice des soins infirmiers DASI ont indiqué qu'ils allaient assurer le suivi et fournir une mise à jour, mais ils n'ont pas assuré le suivi auprès du mandataire spécial.

Le ou la DSI a indiqué que les renseignements relatifs à la chute avaient été documentés dans le cadre de l'incident critique (IC) et a confirmé qu'il n'existait aucun dossier relatif à la plainte. En outre, le ou la gestionnaire a indiqué que le suivi avec le mandataire spécial de la personne résidente avait été effectué quelques jours plus tard.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que les dossiers relatifs à la plainte concernant la personne résidente n° 007 soient documentés et conservés dans le foyer peut avoir eu une incidence sur la manière dont les problèmes ont été traités.

Sources : dossiers médicaux de la personne résidente n° 007, classeur de plaintes de 2024 du foyer de soins de longue durée, RIC, entretiens avec le coordonnateur ou la coordonnatrice des soins aux personnes résidentes n° 113 et le ou la DSI.

AVIS ÉCRIT : Rapports : incidents graves

Problème de conformité n° 013 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844 231-5702

Non-respect du : sous-alinéa 115 (5) 2. ii. du Règl. de l'Ont. 246/22

Rapports : incidents graves

Par. 115 (5) Le titulaire de permis qui est tenu d'informer le directeur d'un incident en application du paragraphe (1), (3) ou (4), dans les 10 jours qui suivent le moment où il prend connaissance de l'incident, ou plus tôt si le directeur l'exige, fait un rapport écrit au directeur où figurent les renseignements suivants à l'égard de l'incident :

2. Une description des particuliers impliqués dans l'incident, notamment :

ii. le nom des membres du personnel ou des autres personnes qui étaient présents lors de l'incident ou qui l'ont découvert,

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les rapports adressés au directeur ou à la directrice mentionnent les noms des membres du personnel qui étaient présents lors de l'incident ou qui l'ont découvert.

Justification et résumé

Le foyer a soumis un RIC relatif à des mauvais traitements entre personnes résidentes. Le RIC ne mentionne pas le nom du membre du personnel qui a découvert l'incident.

Le ou la DSI a confirmé que le foyer avait omis d'indiquer dans le rapport le nom du membre du personnel qui avait découvert l'incident.

Sources : rapport d'incidents critiques et entretien avec le ou la DSI.

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 001 Déclaration des droits des résidents

Problème de conformité n° 014 Ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154 (1) 2) de la LRSLD (2021)

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844 231-5702

Non-respect de : l'alinéa 3 (1) 11 de la LRSLD (2021)

Déclaration des droits des résidents

Par. 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 :

11. Le résident a le droit de vivre dans un milieu sûr et propre.

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

Plus précisément, le titulaire de permis doit au minimum :

1. Le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) doit coordonner et mettre en œuvre une réunion interdisciplinaire, comprenant le ou la responsable du programme ontarien de soutien en cas de troubles du comportement (BSO), le ou la médecin, le directeur ou la directrice des soins infirmiers et des sources externes, pour les comportements réactifs de la personne résidente n° 003, toutes les deux semaines pendant trois mois.

a) Tenir des dossiers sur la date de la réunion, les participants et le contenu de l'examen. Mettre ces dossiers à la disposition de l'inspecteur ou l'inspectrice si celui-ci ou celle-ci en fait la demande.

2. Le ou la responsable du programme ontarien de soutien en cas de troubles du comportement (BSO) et un représentant de l'équipe de gestion des soins infirmiers doivent effectuer un examen des comportements réactifs de la personne résidente n° 003 pour aider à apporter des révisions à son programme de soins afin de minimiser le risque d'altercations avec les autres personnes résidentes du foyer.

3. L'équipe de gestion des soins infirmiers ou le ou la responsable du programme ontarien de soutien en cas de troubles du comportement (BSO) doit élaborer et

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-Est33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844 231-5702

mettre en œuvre un plan de sécurité pour les personnes résidentes lorsque la personne résidente n° 003 est présente dans une aire commune réservée aux personnes résidentes.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le droit de la personne résidente n° 002 de vivre dans un milieu sûr soit respecté.

Justification et résumé

Le foyer a soumis des RIC concernant une allégation de mauvais traitements de la part de la personne résidente n° 003 envers la personne résidente n° 002. Une plainte a également été déposée auprès du directeur ou de la directrice à ce sujet.

Selon le programme de soins de la personne résidente n° 003, cette dernière présentait des comportements particuliers. Plusieurs incidents dus aux comportements réactifs de la personne résidente n° 003 ont été documentés au cours d'une période donnée. Les incidents documentés se sont produits dans une aire identifiée du foyer, à l'encontre du personnel et des autres personnes résidentes.

Les entretiens avec l'IAA n° 110 ont permis de constater que de nombreux incidents étaient survenus entre la personne résidente n° 003 et les autres personnes résidentes et le personnel en raison du comportement réactif de la personne résidente.

Les entretiens avec les personnes résidentes n° 008 et n° 002 ont permis de confirmer que la personne résidente n° 003 avait eu des comportements réactifs particuliers. Elles ont indiqué qu'elles ne se sentaient pas en sécurité lorsque la personne résidente n° 003 était présente.

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) L1H 1A1

Téléphone : 844 231-5702

Le fait de ne pas avoir veillé à ce qu'un milieu sûr soit maintenu dans le foyer a mis la personne résidente n° 002 et d'autres personnes résidentes en danger.

Sources : programme de soins des personnes résidentes n° 002 et n° 003; entretien avec l'IAA n° 110, le ou la DSI et la personne résidente n° 008.

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

25 novembre 2024.

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 002 Techniques de transfert et de changement de position

Problème de conformité n° 015 Ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154 (1) 2) de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'article 40 du Règl. de l'Ont. 246/22

Techniques de transfert et de changement de position

Art. 40 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les membres du personnel utilisent des appareils ou des techniques de transfert et de changement de position sécuritaires lorsqu'ils aident les résidents.

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

Plus précisément, le titulaire de permis doit au minimum :

1. Former toutes les personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP), y compris les PSSP d'agence dans les deux aires spécifiques du foyer, aux politiques et procédures du foyer relatives à l'utilisation d'appareils ou de techniques de transfert et de changement de position sécuritaires, au minimum la

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844 231-5702

formation sur les lève-personnes mécaniques, le transfert vers un appareil de mobilité.

a) La formation sera dispensée par l'équipe de gestion des soins infirmiers ou le ou la physiothérapeute.

b) Conserver une trace écrite de la formation dispensée, des personnes qui l'ont reçue, de la date d'achèvement de la formation et du contenu du matériel d'éducation et de formation.

Motifs

1). Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel utilise des techniques de transfert sécuritaires pour la personne résidente n° 001.

Justification et résumé

Le foyer a soumis un rapport d'incident critique (RIC) concernant des soins inappropriés et inadéquats pour la personne résidente n° 001.

Le dossier clinique de la personne résidente n° 001 indique que lors d'un transfert, la personne résidente n° 001 est tombée sur le sol et s'est blessée.

Le programme de soins provisoire de la personne résidente indiquait qu'elle a besoin d'une aide particulière pour les transferts. La PSSP n° 109 n'a pas suivi les directives, ce qui a entraîné la chute de la personne résidente n° 001 provoquant une blessure.

L'enquête interne du foyer a conclu que les soins ou les traitements prodigués étaient inadéquats et que la PSSP n° 122 prodiguait des soins sans l'aide particulière requise pour les transferts.

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) L1H 1A1

Téléphone : 844 231-5702

Les entretiens avec le ou la DSI ont permis de confirmer que ce transfert dangereux avait eu lieu.

Le fait de ne pas utiliser des techniques de transfert sécuritaire a entraîné la chute et la blessure de la personne résidente n° 001.

Sources : RCI et entretien avec le ou la DSI.

2). Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel utilise des techniques de transfert sécuritaires lors de l'utilisation d'un appareil pour la personne résidente n° 012.

Justification et résumé

Le foyer a soumis un RIC concernant une fracture qui ne serait pas liée à la chute de la personne résidente n° 012.

Le dossier clinique indiquait que la personne résidente n° 012 recevait de l'aide lorsqu'une partie du corps désignée a été blessée dans le composant métallique de son appareil. La zone a été évaluée par l'IAA n° 110 qui a constaté qu'elle était douloureuse. La personne résidente a été transférée à l'hôpital pour un examen plus approfondi où il a été déterminé qu'elle avait subi une fracture.

L'enquête interne du foyer a révélé qu'au moment où le personnel aidait la personne résidente n° 012, une partie du corps a été blessée dans le composant métallique de son appareil.

Les entretiens avec l'IAA n° 110 et le ou la DSI ont permis de confirmer que le transfert dangereux avait eu lieu. Le membre du personnel a été suspendu de ses

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) L1H 1A1

Téléphone : 844 231-5702

fonctions et a reçu une nouvelle formation sur la politique de transfert en toute sécurité au foyer.

Le fait de ne pas utiliser des techniques de transfert sécuritaires a entraîné la blessure de la personne résidente n° 012.

Sources : RIC et entretiens avec l'IAA n° 110 et le ou la DSI.

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

25 novembre 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 (Ontario) 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

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) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

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 suivants, 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

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) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

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.