

Rapport public modifié Page de couverture (A2)

Date d'émission du rapport modifié : 3 juin 2024

Date d'émission du rapport initial : 11 avril 2024

Numéro d'inspection : 2024-1616-0001 (A2)

Type d'inspection :

Plainte

Incident critique

Suivi

Titulaire de permis : The Corporation of the County of Renfrew

Foyer de soins de longue durée et ville : Miramichi Lodge, Pembroke

Modifié par
Ashley Martin (000728)

**Signature numérique de
l'inspectrice/l'inspecteur qui a modifié
le rapport**

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION MODIFIÉ

Ce rapport a été modifié pour :

La date d'échéance de conformité a été modifiée, car elle était incorrecte dans le rapport A1.

Rapport public modifié (A2)

Date d'émission du rapport modifié : 11 avril 2024	
Date d'émission du rapport initial : 11 avril 2024	
Numéro d'inspection : 2024-1616-0001 (A2)	
Type d'inspection : Plainte Incident critique Suivi	
Titulaire de permis : The Corporation of the County of Renfrew	
Foyer de soins de longue durée et ville : Miramichi Lodge, Pembroke	
Inspectrice principale/Inspecteur principal Shevon Thompson (000731)	Autres inspectrices ou inspecteurs Margaret Beamish (000723) Ashley Martin (000728) Maryse Lapensee (000727)
Modifié par Ashley Martin (000728)	Signature numérique de l'inspectrice/l'inspecteur qui a modifié le rapport

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION MODIFIÉ

Ce rapport a été modifié pour :
La date d'échéance de conformité a été modifiée, car elle était incorrecte dans le rapport A1.

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 4, 5, 6, 7, 8, 11, 12, 13, 14, et 15 mars 2024

L'inspection concernait :

- Le dossier : n° 00022094 – Rapport d'incident critique n° M621-000006-23 – Allégation de négligence de la part du personnel envers une personne résidente.
- Le dossier : n° 00101638 – Rapport d'incident critique n° M621-000043-23 – Allégation de

Ministère des Soins de longue duréeDivision des opérations relatives aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée**District d'Ottawa**347, rue Preston, bureau 410
Ottawa (Ontario) K1S 3J4
Téléphone : 877-779-5559

mauvais traitement de la part du personnel envers une personne résidente.

- Le dossier : n° 00102200 – Rapport d'incident critique n° M621-000046-23 – Allégation de mauvais traitement de la part du personnel envers une personne résidente.
- Dossier : n° 00104251 – Rapport d'incident critique n° M621-000051-23 – Allégation de négligence de la part du personnel envers une personne résidente.
- Le dossier : n° 00104615 – Rapport d'incident critique n° M621-000052-23 – Une blessure ayant causé un changement significatif dans l'état de santé d'une personne résidente ayant mené à un transport à l'hôpital.
- Le dossier : n° 00105490 – Suivi de l'OC n° 002 émis dans le cadre du rapport d'inspection n° 2023-1616-0005, en vertu de l'alinéa 28 (1) 2) de la LRSLD (2021). Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas. Date d'échéance de conformité : 9 février 2024.
- Le dossier : n° 00105491 – Suivi de l'OC n° 003 émis dans le cadre du rapport d'inspection n° 2023-1616-0005, en vertu de l'alinéa 53 (1) 1) du Règl. de l'Ont. 246/22. Programmes obligatoires – Programme de prévention et de gestion des chutes. Date d'échéance de conformité : 9 février 2024.
- Le dossier : n° 00105492 – Suivi de l'OC n° 004 émis dans le cadre du rapport d'inspection n° 2023-1616-0005, en vertu du sous-alinéa 138 (1) a) (ii) du Règl. de l'Ont. 246/22. Entreposage sécuritaire des médicaments. Date d'échéance de conformité : 9 février 2024.
- Le dossier : n° 00105493 – Suivi de l'OC n° 001 émis dans le cadre du rapport d'inspection n° 2023-1616-0005, en vertu du paragraphe 25 (1) de la LRSLD (2021). Politique visant à promouvoir la tolérance zéro. Date d'échéance de conformité : 9 février 2024.
- Le dossier : n° 00107009 – Plainte relative au rejet d'une lettre de candidature au foyer de soins de longue durée.
- Le dossier : n° 00107592 – Rapport d'incident critique n° M621-000004-24 – Allégation de négligence de la part du personnel envers une personne résidente.
- Le dossier : n° 00107647 – Rapport d'incident critique n° M621-000003-24 – Allégation de traitement inapproprié ou inadéquat par le personnel envers une personne résidente.
- Le dossier : n° 00109105 – Plainte concernant un incident de mauvais traitement présumé entre personnes résidentes.
- Le dossier : n° 00109121 – Rapport d'incident critique n° M621-000007-24 – Allégation de mauvais traitement d'une personne résidente envers une autre personne résidente.

Ordres de conformité délivrés antérieurement

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

Ordre de conformité n° 002 émis dans le cadre de l'inspection n° 2023-1616-0005 lié à l'al. 28 (1) 2) de la LRSLD (2021) inspecté par Maryse Lapensee (000727)

Ordre de conformité n° 004 émis dans le cadre de l'inspection n° 2023-1616-0005

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa (Ontario) K1S 3J4
Téléphone : 877-779-5559

liée au sous-al. 138 (1) a) (ii) de la LRSLD (2021) inspecté par Shevon Thompson (000731)

Ordre de conformité n° 001 émis dans le cadre de l'inspection n° 2023-1616-0005 liée au par. 25 (1) de la LRSLD (2021) inspecté par Shevon Thompson (000731)

L'inspection **N'A PAS** établi la conformité aux ordres de conformité suivants délivrés antérieurement :

Ordre n° 003 de l'inspection n° 2023-1616-0005 lié à l'al. 53 (1) 1) du Règl. de l'Ont., 246/22 inspecté par Maryse Lapensee (000727)

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

- Prévention et gestion de la peau et des plaies
- Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
- Gestion des médicaments
- Prévention et contrôle des infections
- Prévention des mauvais traitements et de la négligence
- Comportements réactifs
- Rapports et plaintes
- Prévention et gestion des chutes
- Admission, absences et sorties

RÉSULTATS DE L'INSPECTION MODIFIÉE

AVIS ÉCRIT : Obligations précises : propreté et bon état

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

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

Services d'hébergement

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

Ministère des Soins de longue duréeDivision des opérations relatives aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée**District d'Ottawa**347, rue Preston, bureau 410
Ottawa (Ontario) K1S 3J4
Téléphone : 877-779-5559

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, l'ameublement et le matériel soient entretenus de sorte qu'ils soient sûrs et en bon état. Plus précisément, le titulaire de permis a omis de veiller à ce que le chariot à médicaments soit entretenu de sorte qu'il soit sûr et en bon état.

Justification et résumé :

À une date donnée en mars 2024, l'inspecteur n° 000731 et l'inspectrice n° 000728 ont observé un chariot à médicaments verrouillé et l'écran d'ordinateur qui y était fixé également verrouillé. Cependant, un tiroir du chariot à médicaments était manquant, ce qui permettait d'accéder au chariot à médicaments et de tirer le tiroir du dessous, le troisième en partant du bas. Le troisième tiroir en partant du bas du chariot était déverrouillé, ce qui permettait aux inspecteurs d'accéder aux médicaments en bouteilles, en contenants de plastique et en emballage-coque, ainsi qu'au registre de stupéfiants.

Lors d'un entretien avec le personnel, celui-ci a confirmé que le tiroir manquant du chariot à médicaments était un problème récurrent et a confirmé qu'il y avait eu des problèmes avec le chariot depuis l'été précédent.

Lors d'un entretien avec un autre membre du personnel, celui-ci a confirmé qu'il manquait un tiroir au chariot de médicaments, et ce, depuis plus de deux ans. Le personnel a affirmé que même lorsque le chariot était fermé à clé, un tiroir restait ouvert et un tiroir était manquant. Le personnel a affirmé qu'il s'attendait à recevoir un nouveau chariot, mais qu'il n'avait pas connaissance d'une date de livraison précise.

Lors d'un entretien avec le coordonnateur ou la coordonnatrice des soins aux personnes résidentes, cette personne a confirmé savoir qu'un tiroir du chariot à médicaments était manquant et qu'elle était en train d'en acheter un nouveau.

Lors d'un entretien avec le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI), cette personne a confirmé ne pas être au courant qu'il manquait un tiroir sur le chariot à médicaments jusqu'à ce jour et que le chariot avait été immédiatement remplacé.

Les inspecteurs n° 000731 et n° 000728 ont observé que le chariot à médicaments avait été remplacé.

Sources : Observation du chariot à médicaments, entretien avec des membres du personnel, avec le coordonnateur ou la coordonnatrice des soins aux personnes résidentes et avec le ou la DSI. [000731]

AVIS ÉCRIT : Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

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

Non-respect de : alinéa 28 (1) 2) de la LRSLD (2021)

Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

Par. 28 (1) Quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner que l'un ou l'autre des cas suivants s'est produit ou peut se produire fait immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et communique les renseignements sur lesquels ils sont fondés :

2. Les mauvais traitements infligés à un résident par qui que ce soit ou la négligence envers un résident de la part du titulaire de permis ou du personnel, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident.

Le titulaire de permis n'a pas signalé immédiatement à la direction ses soupçons et les renseignements sur lesquels ils reposent concernant une allégation de négligence de la part d'un membre du personnel à l'égard d'une personne résidente.

Justification et résumé :

En janvier 2024, un membre de la famille d'une personne résidente a fait part au coordonnateur ou à la coordonnatrice des soins aux personnes résidentes d'allégations de négligence de la part d'un membre du personnel à l'égard d'une personne résidente. Un examen du rapport d'incident critique a montré que les allégations de négligence avaient été signalées à la direction par la remise d'un rapport d'incident critique à une date ultérieure en janvier 2024.

Le ou la DSI a reconnu que les allégations de négligence lui avaient été signalées tardivement.

Le fait de ne pas signaler immédiatement les allégations de négligence peut retarder l'enquête et mettre les personnes résidentes en danger.

Sources : Rapport d'incident critique M621-000003-24, notes de l'enquête interne et entretien avec le ou la DSI. [000723]

AVIS ÉCRIT : Examen et approbation par le titulaire de permis

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

Non-respect de : alinéa 51 (7) b) de la LRSLD (2021)

Autorisation d'admission dans un foyer

Par. 51 (7) Le coordonnateur des placements compétent remet au titulaire de permis de chaque foyer choisi des copies des évaluations et des renseignements dont il a fallu tenir compte en application du paragraphe 50 (6) Le titulaire de permis examine les évaluations et les renseignements et approuve l'admission de l'auteur de la demande au foyer, sauf si, selon le cas :

b) le personnel du foyer n'a pas les compétences en soins infirmiers nécessaires pour répondre aux exigences de l'auteur de la demande en matière de soins.

Le titulaire de permis n'a pas respecté l'alinéa 51 (7)) de la LRSLD (2021), en vertu duquel le titulaire de permis a refusé l'admission du demandeur pour des raisons non autorisées par la Loi.

Plus précisément, le titulaire de permis a retenu la demande d'admission d'une personne candidate en invoquant le fait que le personnel du foyer n'avait pas les compétences requises en matière de soins infirmiers.

Justification et résumé :

L'examen de la lettre fournie au mandataire spécial du demandeur indique que le foyer a refusé d'approuver l'admission parce que le personnel du foyer n'avait pas les compétences infirmières nécessaires pour répondre aux besoins du demandeur en matière de soins. La lettre indique également que la décision du foyer est fondée

sur le dernier outil d'évaluation comportementale documenté, qui indique que le demandeur présentait des comportements réactifs. La lettre indique ensuite que le foyer ne serait pas en mesure de fournir les soins nécessaires pour protéger les autres personnes résidentes du foyer.

L'examen du dossier d'admission du demandeur, y compris l'outil d'évaluation comportementale, a permis de constater que le demandeur présentait des comportements réactifs. Les déclencheurs listés de ces comportements réactifs étaient inconnus. Les mesures d'intervention identifiées pour ces comportements étaient décrites. L'outil d'évaluation comportementale ne prévoyait pas de mesures d'intervention spécifique pour ces comportements, comme indiqué dans la lettre de refus.

Le dossier de demande comprenait également l'évaluation la plus récente effectuée par le service de santé mentale gériatrique, qui indiquait que les comportements réactifs du demandeur s'étaient améliorés grâce à des ajustements de la médication et que le demandeur était stable moyennant une utilisation sporadique de médicaments nécessaires pour gérer ses comportements réactifs.

Lors d'un entretien, le ou la DSI a confirmé que l'admission du demandeur avait été refusée en raison de son comportement. Le ou la DSI a indiqué avoir déterminé que le demandeur nécessiterait des mesures d'intervention spécifiques après avoir parlé avec le ou la DSI du lieu de résidence actuel du demandeur. Le ou la DSI a également déclaré que le foyer ne disposait pas à l'époque des ressources nécessaires pour fournir au demandeur ces mesures d'intervention spécifiques. Le foyer ne considère pas que ces mesures d'intervention sont adaptées au demandeur ou aux autres personnes résidentes actuelles du foyer.

Le ou la DSI a reconnu que le foyer disposait d'un programme relatif aux comportements réactifs auquel le personnel du foyer est formé. De plus, le ou la DSI a reconnu que le foyer a accès à un financement pour les besoins de haute intensité afin de soutenir les personnes résidentes présentant des comportements réactifs si elles ont été évaluées comme nécessitant une intervention spécifique.

En tant que tel, le refus d'approuver l'admission du demandeur dans le foyer était fondé sur des raisons qui n'étaient pas autorisées par la loi.

Sources : Dossier de candidature, lettre de refus du demandeur et entretien avec le ou la DSI. [000723]

AVIS ÉCRIT : Conditions du permis

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

Non-respect de : paragraphe 104 (4) de la LRSLD (2021)

Conditions du permis

Par. 104 (4) Le titulaire de permis se conforme aux conditions dont est assorti le permis.

Le titulaire de permis n'a pas respecté l'ordre de conformité (CO) n° 003 de l'inspection n° 2023-1616-0005 émis le 2 janvier 2024, avec une date d'échéance de conformité fixée au 9 février 2024.

Les mesures correctives requises pour tout écart par rapport à la politique du foyer en matière de traumatisme crânien n'ont pas été mises en œuvre et il n'y avait pas de traces écrites des mesures correctives.

Justification et résumé

Le foyer n'a pas pris de mesures correctives en cas d'écart par rapport à la politique du foyer en matière d'évaluation des risques de chute à la suite des vérifications de tous les incidents de chute nécessitant une évaluation des risques de chute pour s'assurer que les évaluations requises étaient effectuées et documentées conformément à la politique du foyer. Le foyer n'a en outre pas fourni de compte rendu écrit des mesures correctives.

Le ou la DSI a confirmé qu'il n'existait aucune trace écrite de mesures correctives, car aucune mesure corrective n'avait été prise à la suite des vérifications. Le ou la DSI a indiqué que les vérifications visaient à déterminer si une évaluation des risques de chute avait été mise en place et effectuée, et à déterminer s'il y avait un risque élevé. Le personnel n'a pas vérifié si l'évaluation des risques de chute suivait les paramètres de la politique du foyer.

La politique d'évaluation des risques de chute du foyer indique des paramètres spécifiques pour une chute ayant causé un traumatisme crânien ou une chute sans

témoin. Le questionnaire d'évaluation des risques de chute doit être rempli toutes les trente minutes (quatre fois), toutes les heures (six fois), toutes les quatre heures (deux fois), puis toutes les 8 heures jusqu'à 72 heures après le traumatisme crânien. L'infirmier ou l'infirmière autorisé(e) peut décider d'augmenter ou de réduire la fréquence de ces évaluations en fonction de l'étendue de la blessure et de la stabilité de la personne résidente.

L'inspectrice n° 00727 a examiné les rapports d'évaluation des risques de chute de trois personnes résidentes identifiées dans la vérification du foyer et a constaté des écarts par rapport à la politique du foyer. Une personne résidente a fait une chute et, lors de la dernière évaluation des risques de chute, il a été indiqué que la personne résidente était « léthargique et trébuchait », et aucune autre évaluation des risques de chute n'a été documentée par la suite. L'évaluation des risques de chute d'une personne résidente n'a pas respecté les paramètres à la suite de la chute d'une personne résidente sans témoin. Une autre personne résidente a fait une chute, mais l'évaluation des risques de chute a indiqué que la personne résidente dormait. Aucune évaluation n'a été réalisée ou documentée pour une période spécifique selon les paramètres d'évaluation des risques de chute.

Un membre du personnel a confirmé que les paramètres n'avaient pas été respectés lors de l'évaluation des risques de chute d'une personne résidente et que si la personne résidente présentait des symptômes de confusion accrus, l'évaluation des risques de chute aurait dû être effectuée conformément aux paramètres en place ou plus fréquemment.

Un autre membre du personnel a confirmé que l'évaluation des risques de chute aurait dû être poursuivie puisque la personne résidente avait été observée comme étant léthargique lors de la dernière évaluation.

Les deux membres du personnel ont confirmé que si une personne résidente dort, il est attendu qu'elle soit réveillée afin de procéder à l'évaluation des risques de chute, et que les paramètres en place soient respectés conformément à la politique du foyer.

Sources : OC n° 003 du dossier 2023-1616-0005; politique d'évaluation des risques de chute du foyer, dossiers médicaux électroniques des personnes résidentes, entretien avec le ou la DSI et des membres du personnel.

[000727]

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

AVIS DE PÉNALITÉ ADMINISTRATIVE (APA)

Le titulaire de permis n'a pas respecté la LRSLD (2021).

Avis de pénalité administrative APA n° 001

Lié à l'ordre de conformité n° 004

En vertu de l'article 158 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*, le titulaire de permis doit payer une pénalité administrative de 1 100 \$, à verser dans les 30 jours suivant la date de la facture.

Conformément aux paragraphes 349 (6) et (7) du Règl. de l'Ont. 246/22, la pénalité administrative est infligée parce que le titulaire de permis ne s'est pas conformé à un ordre donné en vertu de l'article 155 de la Loi.

Historique de la conformité :

Il s'agit de la première pénalité administrative émise à l'encontre du titulaire de permis pour le non-respect de cette exigence.

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

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

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 001 Programme de soins

Ministère des Soins de longue durée

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

District d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa (Ontario) K1S 3J4
Téléphone : 877-779-5559

Problème de conformité n° 005 Ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154 (1) 2) de la LRSLD (2021)

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

Programme de soins

Par. 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.

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

Le titulaire de permis veille à ce qui suit :

A) Former deux membres du personnel à fournir des soins aux personnes résidentes, conformément au programme de soins de ces dernières.

B) Effectuer des vérifications des soins fournis par les deux membres du personnel. Des vérifications doivent être réalisées pour chaque membre du personnel, pendant une période minimale de quatre semaines, trois fois par semaine, auprès d'au moins deux personnes résidentes nécessitant des soins différents, afin de s'assurer que les soins fournis aux personnes résidentes sont conformes aux programmes de soins de ces dernières.

C) Prendre des mesures correctives, si des écarts par rapport aux soins indiqués dans le programme de soins des personnes résidentes sont identifiés lors des vérifications requises à la section (B), afin de garantir la conformité aux lois applicables; D) Consigner par écrit tous les éléments requis aux étapes (a), (b), (c) et (d) du présent ordre de conformité, et inclure une copie de la formation dispensée, des personnes qui y ont participé avec les dates et heures, ainsi que le nom de la personne qui a dispensé la formation, les noms des personnes résidentes qui ont fait l'objet d'évaluations, les dates et les heures des vérifications, les personnes qui ont effectué les vérifications et toute mesure corrective qui a été mise en place lorsque des écarts ont été identifiés lors des vérifications. Des rapports écrits doivent être conservés pour les exigences visées aux étapes a), b), c) et d) du présent ordre de conformité, jusqu'à ce que le ministère des Soins de longue durée estime que le titulaire de permis s'est conformé au présent ordre.

Motifs

n° 1

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de

soins soient fournis à une personne résidente. Plus précisément, le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le dispositif de sécurité spécifique soit fixé à la personne résidente et activé lorsque la personne résidente est restée au lit afin d'éviter qu'elle se blesse en tombant.

En janvier 2024, une personne résidente a fait une chute dans sa chambre. Un entretien avec un membre du personnel et l'examen des dossiers de la personne résidente ont confirmé que le dispositif était en place, mais qu'il avait été désactivé par un membre du personnel avant la chute.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient prodigués à la personne résidente pendant qu'elle restait au lit a augmenté le risque de blessure pour la personne résidente.

Sources : Entretien avec un membre du personnel et examen des dossiers des personnes résidentes [000728].

n° 2

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins d'une personne résidente soient fournis à la personne résidente, tel que le précise le programme.

Lors de l'examen du programme de soins d'une personne résidente, l'inspecteur a noté que la personne résidente avait besoin d'une aide importante de la part du personnel pour tous les aspects de l'hygiène personnelle au moment du coucher, qu'elle avait besoin d'une aide totale pour l'hygiène buccodentaire au moment du coucher et que le personnel devait retirer et faire tremper les prothèses dentaires de la personne résidente au moment du coucher.

En examinant le rapport d'enquête de l'employeur du foyer, l'inspecteur a noté les renseignements suivants : a) la personne résidente a déclaré qu'un membre du personnel l'avait emmenée dans la salle de bain, l'avait installée devant le lavabo et lui avait dit d'effectuer ses soins; b) lors d'un entretien avec le coordonnateur ou la coordonnatrice des soins aux personnes résidentes et le ou la DSI, le membre du personnel a déclaré avoir emmené la personne résidente dans la salle de bain et l'avoir laissée effectuer elle-même ses soins. Le membre du personnel a confirmé

ne pas avoir lu le programme de soins de la personne résidente ou ne pas en avoir pris connaissance.

Lors d'un entretien avec un membre du personnel, celui-ci a confirmé avoir emmené la personne résidente à la salle de bains, l'avoir installée pour qu'elle effectue elle-même ses soins et avoir quitté la pièce. Le personnel a confirmé que la personne résidente avait besoin d'une aide totale du personnel pour accomplir toutes les activités de la vie quotidienne. Un autre membre du personnel a examiné le programme de soins de la personne résidente et a confirmé que la personne résidente avait besoin d'une aide importante du personnel pour tous les aspects de son hygiène personnelle.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient prodigués à la personne résidente comme spécifié a exposé la personne résidente à un risque accru de préjudice.

Source : Dossier médical électronique de la personne résidente, rapport d'enquête de l'employeur du foyer et entretien avec des membres du personnel. [000731]

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 5 juillet 2024

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
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

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 d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa (Ontario) K1S 3J4
Téléphone : 877-779-5559

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'une inspectrice ou d'un inspecteur.

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

Commission d'appel et de révision des services de santé

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

Directeur

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

Ministère des Soins de longue durée

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

District d'Ottawa

347, rue Preston, bureau 410
Ottawa (Ontario) K1S 3J4
Téléphone : 877-779-5559

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.