Ontario

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

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

District de Toronto
5700, rue Yonge, 5e étage
Toronto (Ontario) M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

Rapport public initial

Date d'émission du rapport : 15 octobre 2024
Numéro d'inspection : 2024-1528-0002
Type d'inspection : Plainte Incident critique
Titulaire de permis : Ina Grafton Gage Home of Toronto
Foyer de soins de longue durée et ville : Ina Grafton Gage Home, Scarborough

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 10, 11, 12, 13, 16, 17, 18, 19 septembre 2024.

L'inspection concernait les plaintes suivantes :

- Plainte : Nº 00120299 relativement à des préoccupations concernant de la négligence à l'égard d'une personne résidente et le programme de prévention et de contrôle des infections.
- Plaintes : Nº 00124886 et nº 00126523 relativement aux qualifications du directeur ou de la directrice des soins infirmiers (DSI).

Les inspections suivantes concernaient le système d'incident critique (SIC) :

- Plaintes : Nº 00121991/SIC nº 3034-000018-24 et nº 00122260/SIC nº 3034-000019-24 relativement à des chutes de personnes résidentes.
- Plaintes : Nº 00122595/SIC nº 3034-000022-24 et nº 00124006/CIS#3034-000027-24 relativement au transfert inadéquat de personnes résidentes.
- Plainte : Nº 00123216/SIC nº 3034-000024-24 relativement à de mauvais traitements d'ordre physique par le personnel à l'égard d'une personne résidente.

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

Soins liés à l'incontinence (Continence Care)
Soins et services de soutien aux personnes résidentes (Resident Care and Support Services)
Alimentation, nutrition et hydratation (Food, Nutrition and Hydration)
Prévention et contrôle des infections (Infection Prevention and Control)
Prévention des mauvais traitements et de la négligence (Prevention of Abuse and Neglect)
Normes en matière de dotation, de formation et de soins (Staffing, Training and Care Standards)
Droits et choix des résidents (Residents' Rights and Choices)
Prévention et gestion des chutes (Falls Prevention and Management)
Frais des résidents et comptes en fiducie (Resident Charges and Trust Accounts)

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité nº 001 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD* (2021).
Non-respect de : la disposition 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 d'une personne résidente fournisse des directives claires à l'égard du personnel relativement à son utilisation d'une intervention de prévention des chutes.

Justification et résumé :
Le programme de soins d'une personne résidente indiquait au personnel de fournir une intervention de prévention des chutes, mais indiquait également que la personne résidente refuserait d'utiliser l'intervention de prévention des chutes. Une observation de la personne résidente a indiqué qu'elle utilisation son intervention de prévention des chutes et une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) a affirmé ne pas avoir de soucis pour fournir l'intervention de prévention des chutes. Le chef ou la cheffe des services infirmiers (CSI) a passé en revue le programme de soins de la personne résidente et a confirmé que l'information pouvait entraîner des directives ambiguës à l'égard des membres du personnel, qui pourraient mal connaître les soins de la personne résidente quant à savoir si l'intervention de prévention des chutes devait être fournie ou non.

Ne pas veiller à ce que les instructions du programme de soins d'une personne résidente soient claires peut avoir fait en sorte que la personne résidente ne reçoive pas les interventions nécessaires afin de réduire de possibles blessures découlant d'une chute.

Sources : Programme de soins d'une personne résidente; observation de la personne résidente; entretien avec la PSSP et le ou la CSI.

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité nº 002 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD* (2021).

Non-respect de : la disposition 6 (2) de la *LRSLD* (2021).
Programme de soins de longue durée
Par. 6 (2) Le titulaire de permis veille à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fondés sur une évaluation du résident et de ses besoins et préférences.

Le titulaire de permis n'a pas veillé que ce que les préférences d'une personne résidente concernant deux domaines précis des activités quotidiennes soient exprimées dans son programme de soins.

Justification et résumé :
Une infirmière ou un infirmier auxiliaire autorisé(e) (IAA) a dit à l'inspectrice ou l'inspecteur que la personne résidente faisait preuve d'une préférence précise pour ses activités quotidiennes. Un examen du programme de soins de la personne résidente n'a pas fourni d'information sur sa préférence pour ces activités quotidiennes. Le ou la CSI a confirmé que les préférences de la personne résidente pour ces activités quotidiennes auraient dû être exprimées dans son programme de soins.

Ne pas veiller à ce que le programme de soins de la personne résidente concorde avec ses préférences peut avoir réduit la qualité de vie de la personne résidente.

Sources : Observation de la personne résidente; programme de soins de la personne résidente; entretiens avec l'IAA et le ou la CSI.

AVIS ÉCRIT : Faire rapport au directeur dans certains cas

Problème de conformité nº 003 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD* (2021).
Non-respect de : la disposition 28 (1) 1 de la *LRSLD* (2021).
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 :
1. L'administration d'un traitement ou de soins à un résident de façon inappropriée ou incompétente, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que deux incidents de soins inadéquats pour deux personnes résidentes soient immédiatement signalés au directeur ou à la directrice.

Justification et résumé :
i) Une personne résidente a allégué qu'elle recevait des soins inadéquats de la part d'une PSSP. La même journée, l'IAA a affirmé avoir informé le ou la CSI au sujet des allégations dès qu'il ou elle a pris connaissance de l'incident. L'incident n'a été signalé au directeur ou à la directrice que le lendemain.

Sources : Rapport du SIC; entretien avec un ou une IAA et le ou la CSI.

Justification et résumé
ii) Une personne résidente a fait une chute et subi une blessure. Le foyer a mené une enquête et a constaté que la chute avait été causée par les soins inadéquats de la PSSP. La directrice des soins infirmiers (DSI) a confirmé que le foyer avait des motifs raisonnables de soupçonner que des soins inadéquats avaient eu lieu et qu'il aurait dû faire un rapport au directeur ou à la directrice immédiatement.

Ne pas faire un rapport sur cet incident de soins inadéquats immédiatement a mis les personnes résidentes à risque d'autres préjudices, puisque le directeur ou la directrice ne pouvait pas s'assurer que les mesures appropriées avaient été prises afin de prévenir une récidive.

Sources : Dossiers cliniques d'une personne résidente, notes d'enquête du foyer et entretien avec la DSI.

AVIS ÉCRIT : Programmes obligatoires

Problème de conformité nº 004 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD* (2021).
Non-respect de : la disposition 53 (1) 1 du Règl. de l'Ont. 246/22.
Programmes obligatoires
Par. 53 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soient élaborés et mis en œuvre au foyer les programmes interdisciplinaires suivants :
1. Un programme de prévention et de gestion des chutes visant à diminuer le nombre de chutes et les risques de blessure.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à respecter sa politique Falls Prevention and Management [prévention et gestion des chutes] relativement à l'évaluation postérieure à la chute.

Selon le Règl. de l'Ont. 246/22, sous-alinéa 11 (1) b), le titulaire de permis avait l'obligation d'établir un programme de prévention et gestion des chutes qui offrait des stratégies pour surveiller les personnes résidentes et de le respecter.

Plus précisément, le personnel n'a pas respecté la politique du foyer « Fall Risk Assessment » [Évaluation des risques de chute] datant de février 2024.

Justification et résumé
Une personne résidente a fait une chute causant une blessure.

La politique du foyer intitulée « Fall Prevention Program » [programme de prévention des chutes]

indiquait qu'une évaluation postérieure à la chute devait être effectuée d'une manière déterminée relativement aux intervalles de temps. L'examen des dossiers cliniques de la personne résidente a indiqué que les évaluations postérieures à la chute n'avaient pas été remplies conformément à la politique du foyer.

La DSI a indiqué qu'il était admis que les évaluations n'avaient pas été remplies comme requis.

Ne pas veiller à remplir l'évaluation postérieure à la chute conformément à la politique du foyer a mis la personne résidente à risque de ne pas être évaluée correctement concernant les complications postérieures à la chute.

Sources : Examen de la politique du foyer « Falls Prevention Program » [programme de prévention des chutes] datant de février 2024, dossiers cliniques d'une personne résidente, entretiens avec la DSI et d'autres membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies

Problème de conformité nº 005 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD* (2021).
Non-respect de : la disposition 55 (2) b) (i) 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, à la fois :
(i) se fait évaluer la peau par une personne autorisée visée au paragraphe (2.1), au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour l'évaluation de la peau et des plaies.

Le titulaire de permis n'a pas veillé que ce que l'altération de l'intégrité épidermique d'une personne résidente soit évaluée au moyen de l'outil d'évaluation approprié sur le plan clinique du foyer.

Justification et résumé :
Une personne résidente éprouvait des soucis d'intégrité épidermique altérée.

La politique du foyer intitulée « Skin Care & Wound Management Program » [programme de gestion des soins de la peau et des plaies] datant mai 2023 indiquait que pour tout problème d'intégrité épidermique altérée identifié, un outil de documentation électronique devait être utilisé.

Un examen des évaluations dans l'outil de documentation électronique pour la personne résidente n'indiquait pas qu'une évaluation avait été remplie lorsque le médecin a identifié la présence d'une altération de l'intégrité épidermique. Le ou la CSI a affirmé que selon les politiques et protocoles du

foyer, une évaluation de la peau dans l'outil de documentation électronique aurait dû être remplie lorsque le médecin a identifié la présence de l'altération de l'intégrité épidermique chez la personne résidente.

Ne pas évaluer l'intégrité épidermique altérée de la personne résidente peut avoir engendré des possibilités ratées de mettre en œuvre des interventions efficaces.

Sources : Profil de documentation électronique d'une personne résidente, politique du foyer intitulée « Skin Care & Wound Management Program » [programme de gestion des soins de la peau et des plaies] datant de mai 2023; entretien avec le ou la CSI.

AVIS ÉCRIT : Directeur des soins infirmiers et des soins personnels

Problème de conformité nº 006 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD* (2021).
Non-respect de : la disposition 250 (3) b) du Règl. de l'Ont. 246/22.
Directeur des soins infirmiers et des soins personnels
Par. 250 (3) Le titulaire de permis veille à ce que quiconque est embauché comme directeur des soins infirmiers et des soins personnels possède les qualités requises suivantes :
b) il a au moins trois ans d'expérience de travail comme infirmière autorisée ou infirmier autorisé dans l'exercice de fonctions de gestion ou de supervision dans un milieu de prestation de soins de santé.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne engagée comme DSI possède au moins trois ans d'expérience de travail comme infirmière autorisée ou infirmier autorisé dans l'exercice de fonctions de gestion ou de supervision dans un milieu de prestation de soins de santé.

Justification et résumé
Le foyer a engagé un ou une DSI pour travailler au foyer comme DSI par intérim en avril 2024. Le ou la DSI a travaillé au foyer pour une durée d'environ trois mois, d'avril 2024 à juin 2024. Au moment de l'embauche, l'établissement n'avait pas vérifié si le ou la DSI respectait l'exigence d'au moins trois ans d'expérience de travail comme infirmière autorisée ou infirmier autorisé dans l'exercice de fonctions de gestion ou de supervision dans un milieu de prestation de soins de santé.

Un examen du curriculum vitæ du ou de la DSI a montré que cette personne ne répondait pas à l'exigence d'au moins trois ans d'expérience pertinente de travail dans l'exercice de fonctions de gestion ou de supervision au moment où le poste de DSI lui a été offert. En outre, le foyer était incapable de fournir des documents ou renseignements supplémentaires pour justifier que le ou la DSI respectait les critères nécessaires pour ce poste.

Ne pas veiller au respect des qualifications en matière de dotation de personnel pour le rôle de DSI présentait un risque de mauvaise gestion des soins des personnes résidentes et du fonctionnement de

l'installation.

Sources : Curriculum vitæ d'un ou une DSI, et entretien avec le vice-président ou la vice-présidente des opérations.

AVIS ÉCRIT : Orientation

Problème de conformité nº 007 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD* (2021).
Non-respect de : la disposition 259 (1) 2 du Règl. de l'Ont. 246/22.
Orientation
Par. 259 (1) Pour l'application de la disposition 11 du paragraphe 82 (2) de la Loi, une formation est offerte à l'égard des domaines supplémentaires suivants :
2. L'utilisation sécuritaire et correcte de l'équipement en lien avec les responsabilités des membres du personnel, notamment le matériel thérapeutique, les appareils de levage, les appareils fonctionnels et les aides au changement de position.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une PSSP reçoive la formation et l'orientation sur l'utilisation sécuritaire et correcte de l'équipement, y compris les appareils de levage, aux termes de la disposition 11 du paragraphe 82 (2) de la Loi.

Justification et résumé
Une personne résidente a subi une blessure durant un transfert fourni par une PSSP.

On a demandé au foyer de fournir les dossiers de formation de la PSSP concernant sa formation et son orientation sur l'utilisation sécuritaire et correcte des appareils de levage; toutefois, le foyer était incapable de produire tout dossier écrit de la participation du ou de la membre du personnel au programme de formation et d'orientation. La PSSP a admis ne pas avoir reçu de formation de la part du foyer sur le programme de levage et de transfert sécuritaires.

Ne pas veiller à ce que la PSSP reçoive la formation sur l'utilisation des appareils de levage à son embauche a augmenté le risque que le personnel n'utilise pas l'équipement de façon sécuritaire.

Sources : Rapport du SIC, politique du foyer intitulée « Orientation Agency Personnel » [orientation du personnel d'agence] datant de mai 2024, dossiers cliniques d'une personne résidente, notes d'enquête interne du foyer, entretiens avec la PSSP, le ou la CSI et d'autres membres du personnel.

ORDRE DE CONFORMITÉ Nº 001 Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

Problème de conformité nº 008 – ordre de conformité aux termes de la disposition 154 (1) 2 de la *LRSLD* (2021).

Non-respect de : la disposition 25 (1) de la *LRSLD* (2021).

Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

Par. 25 (1) Sans préjudice de la portée générale de l'obligation prévue à l'article 24, le titulaire de permis veille à ce que soit adoptée et respectée une politique écrite visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents.

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

Le titulaire de permis doit :

1. Former la DSI sur les étapes à suivre requises lorsqu'une enquête est nécessaire selon la politique du foyer Abuse and Neglect [mauvais traitements et négligence].
2. Vérifier au moins une enquête réalisée par la DSI qui a été effectuée après l'émission du présent ordre. Si aucune enquête récente n'est disponible, vérifier toute enquête précédente qui a été effectuée par la DSI au cours des trois derniers mois. La vérification doit déterminer toute lacune pour laquelle l'enquête ne concordait pas à la politique du foyer Abuse and Neglect [mauvais traitements et négligence] ainsi que les mesures prises pour remédier à ces lacunes.
3. S'assurer que la DSI ou la personne désignée informe une personne résidente des résultats de l'enquête du foyer sur son allégation de soins inadéquats ainsi que la manière dont les résultats ont été obtenus. Cette étape doit être documentée et doit comprendre les mesures prises.
4. Former une PSSP sur les exigences en matière de rapport en fonction de la politique du foyer Abuse and Neglect [mauvais traitements et négligence].
5. Tenir un dossier de la formation et de la vérification effectuées pour les étapes 1, 2 et 4, y compris la date des vérifications et la ou les personnes qui étaient impliquées dans le processus pour fournir la formation et effectuer les vérifications.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la politique écrite du foyer sur la tolérance zéro des mauvais traitements et de la négligence des personnes résidentes soit respectée.

Justification et résumé :

i) Une personne résidente a allégué qu'une PSSP fournissait des soins inadéquats. La personne résidente a affirmé qu'elle n'était pas au courant des résultats relatifs aux allégations qu'elle avait faites.

La politique du foyer Abuse and Neglect [mauvais traitements et négligence] indiquait que le directeur général (DG) ou la personne désignée avait la responsabilité d'informer la personne résidente des résultats d'un incident de mauvais traitement allégué. La DSI qui a effectué l'enquête sur cet incident ne pouvait pas fournir de renseignements qui corroboraient le fait que le DG avait communiqué les résultats de l'enquête à la personne résidente.

Ne pas informer la personne résidente des résultats d'un incident allégué de mauvais traitements par le personnel à l'égard de la personne résidente peut avoir fait en sorte que la personne résidente ait eu une impression de sécurité réduite.

Sources : Politique du foyer sur les mauvais traitements et la négligence datant d'avril 2024; entretien avec une personne résidente, deux membres du personnel et la DSI.

ii) Dans l'enquête du foyer sur un incident relatif aux soins inadéquats d'une personne résidente, une PSSP a affirmé lors de son entretien qu'une autre PSSP et un ou une IAA étaient présents avec elle le jour de l'incident. Ces personnes ont affirmé ne pas avoir été interrogées par le foyer au sujet de l'incident allégué.

La politique du foyer Abuse and Neglect [mauvais traitements et négligence] affirme : « La personne qui fait le rapport et la personne résidente doivent être les premières personnes interrogées. Par la suite, le répondant et tout autre témoin doivent être interrogés. » [traduction] La DSI a confirmé que la politique du foyer Abuse and Neglect [mauvais traitements et négligence] n'avait pas été respectée.

Ne pas interroger et sonder toutes les personnes impliquées dans un incident allégué de mauvais traitements par le personnel à l'égard d'une personne résidente peut avoir entraîné des possibilités ratées de recueillir des renseignements afin de prendre des mesures appropriées pour répondre à un incident allégué de soins inadéquats.

Sources : Politique du foyer Abuse and Neglect [mauvais traitements et négligence] datant d'avril 2024; entretien avec une PSSP, une PSSP, l'IAA et la DSI.

iii) Une PSSP a affirmé qu'une personne résidente doutait qu'un ou une autre membre du personnel lui fournisse des soins inadéquats. La PSSP a affirmé ne pas avoir signalé cette information à quiconque et qu'elle ne pouvait pas identifier à quel moment précis cet incident s'était produit.

La politique du foyer Abuse and Neglect [mauvais traitements et négligence] indiquait : « Si un membre du personnel croit qu'une personne résidente a souffert d'un préjudice ou est à risque de préjudice en raison d'un mauvais traitement ou de négligence, de traitements ou de soins inadéquats ou incompétents, ou d'une conduite illégitime, il doit immédiatement signaler ses soupçons et l'information sur laquelle il se base au foyer » [traduction].

La PSSP a affirmé être au courant qu'elle devait signaler immédiatement cette allégation à son supérieur ou sa supérieure, mais qu'elle ne l'a pas fait dans ce cas-ci.

Ne pas signaler immédiatement une allégation de mauvais traitements à l'égard d'une personne résidente peut affecter la capacité du foyer à réagir et à mettre en place des interventions pour la sécurité de la personne résidente.

Sources : Politique du foyer Abuse and Neglect [mauvais traitements et négligence] datant d'avril 2024; entretien avec une PSSP et le ou la CSI.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 21 novembre 2024

ORDRE DE CONFORMITÉ Nº 002 Techniques de transfert et de changement de position

Problème de conformité nº 009 – ordre de conformité aux termes de la disposition 154 (1) 2 de la *LRSLD* (2021).
Non-respect de : la disposition 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 respecter un ordre de conformité [al. 155(1)a) de la *LRSLD (2021)*] :
Le titulaire de permis doit :

1. Former de nouveau toutes les PSSP et tout le personnel autorisé qui travaillent au foyer concernant la politique du foyer Mobility and Minimal Lift Program [programme sur la mobilité et le levage minimal]. La formation devrait inclure des techniques sécuritaires de transfert et de changement de position pour tous les aspects des soins aux personnes résidentes. Le personnel doit démontrer au foyer les techniques sécuritaires de transfert et de changement de position après l'achèvement de la formation.
2. Le foyer doit tenir un dossier de la formation susmentionnée et de la démonstration des techniques sécuritaires de transfert et de changement de position, y compris la date de la formation et des démonstrations, qui a fourni la formation, une fiche de participation à la formation signée, ainsi que le contenu de la formation.
3. Effectuer des vérifications quotidiennes des techniques de transfert des PSSP pour les quarts de travail de jour et de soir pour les deuxième et troisième étages afin de veiller au transfert et au changement de

position sécuritaires des personnes résidentes pour une période minimale de quatre semaines ou plus longtemps si d'autres préoccupations sont identifiées.
4. Le foyer doit tenir un dossier des vérifications susmentionnées, y compris la date de l'observation, la personne qui a effectué l'observation et toute mesure corrective prise.

Motifs
Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel utilise des techniques de transfert sécuritaires pour deux personnes résidentes.

Justification et résumé
i) Une personne résidente n'a pas été transférée de manière conforme à son programme de soins, elle a donc fait une chute et subi une blessure.

La politique du foyer intitulée « Safe Operating Procedure » [procédure de fonctionnement sécuritaire] de l'index no Q-05-40, dernière révision en avril 2023, indiquait une méthode déterminée pour transférer les personnes résidentes.

La PSSP a affirmé avoir tenté de suivre la situation de transfert de la personne résidente conformément à son programme de soins, sans toutefois avoir été capable de le faire et que c'était une pratique courante au foyer que le personnel ne respecte pas la politique relative au transfert des personnes résidentes.

La personne résidente a subi une blessure parce que la PSSP n'a pas adhéré à la situation de transfert de la personne résidente ni à la politique du foyer.

Sources : Rapport du SIC, dossiers cliniques d'une personne résidente, notes d'enquête du foyer, entretiens avec une PSSP, le ou la CSI et d'autres membres du personnel.

ii) Les notes d'évolution d'une personne résidente indiquaient qu'une PSSP avait fourni un transfert à la personne résidente qui ne concordait pas avec sa situation de transfert évaluée. Par conséquent, la personne résidente a fait une chute pendant le transfert.

La PSSP a admis qu'elle n'avait pas fourni un transfert qui concordait avec la situation de transfert évaluée de la personne résidente dans son programme de soins.

La PSSP fournissait un transfert dangereux à la personne résidente, ce qui a entraîné sa chute.

Sources : Rapport du SIC, dossiers cliniques d'une personne résidente, notes d'enquête du foyer, entretiens avec la PSSP, la DSI et d'autres membres du personnel.

Le titulaire du permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 21 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 de Toronto
5700, rue Yonge, 5e étage
Toronto (Ontario) M2M 4K5
Téléphone : 866 311-8002

INFORMATIONS POUR UNE RÉVISION/UN 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 commercial 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, 8e étage
Toronto (Ontario) M7A 1N3
courriel : MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca

Si la signification se fait :
a) par courrier recommandé, elle est réputée être faite le cinquième jour qui suit le jour de l'envoi;
b) par courriel, elle est réputée être faite le lendemain, si le document a été signifié après 16 heures;
c) par messagerie commerciale, elle est réputée être faite le deuxième jour ouvrable après le jour où la messagerie commerciale reçoit le document.

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 réexamen présentée par le titulaire de permis, le ou les présents ordres et le présent avis de pénalité administrative sont réputés confirmés par le directeur et, aux fins d'un appel

interjeté devant la CARSS, le directeur est réputé avoir signifié au titulaire de permis une copie de ladite décision à l'expiration du délai 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 (par. 155) ou l'APA (par. 158) d'un inspecteur.

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

Commission d'appel et de révision des services de la santé
À l'attention du registrateur
151, rue Bloor Ouest, 9e 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, 8e 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.