

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1J 7J2
Téléphone : 844 231-5702

Rapport public original

Date d'émission du rapport : 7 février 2024	
Numéro d'inspection : 2023-1636-0006	
Type d'inspection : Plainte Incident critique Suivi	
Titulaire de permis : Mon Sheong Foundation	
Foyer de soins de longue durée et ville : Mon Sheong Stouffville Long-Term Care Centre, Stouffville	
Inspectrice principale Miko Hawken (724)	Signature numérique de l'inspectrice
Autres inspectrices ou inspecteurs Deborah Nazareth (741745)	

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 2 au 5, le 8, du 10 au 12 et les 15 et 16 janvier 2024

L'inspection s'est déroulée à l'extérieur à la date suivante : le 9 janvier 2024

Les inspections concernaient :

- Une inspection liée aux chutes
- Deux inspections liées à des éclosions de COVID-19
- Une inspection concernant un Premier suivi – Ordre de conformité (OC) n° 001 découlant de l'inspection n° 2023-1636-0005, alinéa 102 (2) b) du *Règl. de l'Ont. 246/22*, date d'échéance de mise en conformité : le 17 novembre 2023
- Une inspection liée à des préoccupations concernant le plan de soins, l'évaluation, les politiques, les repas, l'hypoglycémie

Les inspections suivantes ont eu lieu dans le cadre de cette inspection : quatre inspections liées à des chutes.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1J 7J2
Téléphone : 844 231-5702

Ordres de conformité délivrés antérieurement

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

Ordre n° 001 découlant de l'inspection n° 2023-1636-0005 relativement à l'alinéa 102 (2) b) du *Règl. de l'Ont. 246/22*, effectué par Miko Hawken (724)

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

- Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
- Alimentation, nutrition et hydratation
- Prévention et contrôle des infections
- Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Procédure de plainte – titulaire de permis

Problème de conformité n° 001 Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée (LRSLD) (2021)*.

Non-respect de : l'alinéa 26 (1) c) de la LRSLD

Procédure de plainte – titulaire de permis

Paragraphe 26 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée prend les mesures suivantes :

c) il transmet immédiatement au directeur, de la manière énoncée dans les

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1J 7J2
Téléphone : 844 231-5702

règlements, les plaintes écrites qu'il reçoit concernant les soins fournis à un résident ou l'exploitation d'un foyer si elles sont présentées sous la forme prévue par les règlements et qu'elles sont conformes à toute autre exigence que prévoient les règlements.

Le titulaire de permis n'a pas transmis immédiatement au directeur une plainte écrite selon laquelle il y avait un risque de préjudice concernant les soins fournis à une personne résidente par une infirmière auxiliaire autorisée (IAA).

Justification et résumé

Le ministère des Soins de longue durée (MSLD) a reçu une plainte concernant les soins fournis à une personne résidente. La plainte faisait état d'un risque de préjudice pour la personne résidente du fait d'une infirmière qui ne respectait pas le plan de soins. En outre, le plaignant ne savait pas si le foyer de soins de longue durée (SLD) avait transmis ses préoccupations au directeur.

Le foyer de SLD a reçu une plainte écrite par courrier électronique. La plainte concernait les soins qu'une personne résidente avait reçus de la part d'une IAA. Selon la plainte, l'IAA ne respectait pas le plan de soins de la personne résidente quant à des tâches précises. La plainte indique que le non-respect des instructions a entraîné un risque de préjudice pour la personne résidente.

Le directeur adjoint des soins aux résidents intérimaire et le directeur des soins aux résidents intérimaire ont reconnu qu'une plainte écrite concernant les soins fournis à la personne résidente avait été reçue et qu'elle soutenait qu'il y avait un risque de préjudice pour la personne résidente. En outre, la plainte aurait dû être transmise au directeur.

L'omission d'informer immédiatement le directeur de cette plainte ne présentait pas de risque pour la personne résidente.

Sources : Classeur de plaintes du foyer de SLD, politique du foyer de SLD en matière de procédures d'examen des plaintes, entretiens avec le personnel. [741745]

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1J 7J2
Téléphone : 844 231-5702

AVIS ÉCRIT : Techniques de transfert et de changement de position

Problème de conformité n° 002 Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD* (2021).

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

Techniques de transfert et de positionnement

Article 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.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne préposée aux services de soutien à la personne (PSSP) utilise des appareils ou des techniques de transfert et de changement de position sécuritaires lorsqu'elle aide une personne résidente.

Justification et résumé

Le foyer de SLD a soumis un rapport d'incident critique concernant la chute d'une personne résidente. Cette dernière est tombée et s'est blessée. Le lendemain, la personne résidente est décédée. Le plan de soins de la personne résidente exige que deux employés la transfèrent à l'aide de l'équipement désigné. La PSSP s'est occupée seule du transfert de la personne résidente seule, qui est décédée peu de temps après.

La PSSP a déclaré qu'elle n'était pas au courant du statut de transfert de la personne résidente. La PSSP a reconnu qu'elle aurait dû consulter le plan de soins de la personne résidente avant de la transférer seule. Le directeur adjoint des soins aux résidents intérimaire a confirmé que la PSSP n'avait pas suivi le plan de soins de la personne résidente.

La personne résidente risquait de se blesser lorsque la PSSP a effectué son transfert seule sans utiliser l'équipement désigné.

Sources : Dossier clinique de la personne résidente, rapport d'incident critique, notes d'enquête du foyer de SLD, entretiens avec le personnel. [741745]

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1J 7J2
Téléphone : 844 231-5702

AVIS ÉCRIT : Substances dangereuses

Problème de conformité n° 003 Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD* (2021).

Non-respect de : l'article 97 du Règl. de l'Ont. 246/22

Substances dangereuses

Article 97. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les substances dangereuses du foyer soient étiquetées de façon appropriée et gardées hors de la portée des résidents en tout temps.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que toutes les substances dangereuses présentes dans le foyer soient correctement étiquetées.

Justification et résumé

Lors d'un entretien avec un membre du personnel d'entretien ménager, il a été constaté qu'une bouteille de nettoyant sur le chariot de ménage, identifiée comme étant un nettoyant au peroxyde, n'était pas correctement étiquetée avec une étiquette du fabricant.

La fiche de données de sécurité du nettoyant au peroxyde indique que le produit est corrosif et qu'il peut provoquer une réaction allergique cutanée et une irritation des yeux lorsqu'il est reconstitué.

Le membre du personnel d'entretien ménager et le superviseur de l'entretien ménager ont confirmé que le nettoyant au peroxyde était une substance dangereuse et qu'il devait être transvasé et reconstitué, ce qui nécessitait l'apposition d'une étiquette du fabricant.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que la substance dangereuse soit correctement étiquetée présentait un risque pour la sécurité du personnel d'entretien et des résidents, ainsi que pour l'identification du bon produit à utiliser sur les bonnes surfaces.

Sources : Observation, données de sécurité, entretiens avec le personnel. [724]

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1J 7J2
Téléphone : 844 231-5702

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

Problème de conformité n° 004 Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD* (2021).

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

Programme de prévention et de contrôle des infections

Paragraphe 102 (2). Le titulaire de permis met en œuvre ce qui suit :

b) les normes ou protocoles que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections. Paragraphe 102 (2) du Règl. de l'Ontario 246/22.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les pratiques de base et précautions supplémentaires soient prises dans le cadre du programme de prévention et de contrôle des infections, conformément à la Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée publiée par le directeur et révisée en septembre 2023.

Justification et résumé

Conformément à la section 9.1 de la Norme de PCI pour les foyers de soins de longue durée : Le titulaire de permis veille à ce que l'on se conforme aux pratiques de base et aux précautions. Au minimum, les précautions supplémentaires doivent inclure : f) des exigences supplémentaires concernant l'EPI, notamment le choix, le port, le retrait et l'élimination de façon appropriée.

Plus précisément, le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la PSSP porte l'équipement de protection individuelle (EPI) approprié pendant qu'elle s'occupait d'une personne résidente qui faisait l'objet de précautions supplémentaires.

Une PSSP a été observée dans la chambre d'une personne résidente alors qu'elle l'aidait à manger. Il a été observé que la personne résidente nécessitait des précautions supplémentaires et que dans la chambre de la personne résidente, la PSSP ne portait pas l'EPI requis. Il a également été observé que la PSSP ne retirait pas l'EPI lorsqu'elle quittait la chambre de la personne résidente.

La PSSP a confirmé qu'elle n'avait pas revêtu l'EPI requis lorsqu'elle aidait 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 ON L1J 7J2
Téléphone : 844 231-5702

personne résidente à manger. Elle a également confirmé qu'elle ne portait pas et ne retirait pas l'EPI. Le responsable de la PCI a confirmé qu'il était attendu de tout le personnel qu'il porte et retire l'EPI approprié pour prendre des précautions supplémentaires en fournissant des soins à la personne résidente.

Le fait de ne pas porter et de ne pas retirer l'EPI requis pour une personne résidente faisant l'objet de précautions supplémentaires augmente le risque de transmission de maladies infectieuses.

Sources : Observations, entretiens avec le personnel. [724]

AVIS ÉCRIT : Administration des médicaments

Problème de conformité n° 005 Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD* (2021).

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

Administration de médicaments

Paragraphe 140 (2)

(2) Le titulaire de permis veille à ce que les médicaments soient administrés aux résidents conformément au mode d'emploi précisé par le prescripteur.

Paragraphe 140 (2) du Règl. de l'Ontario 246/22

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un médicament soit administré à une personne résidente conformément au mode d'emploi précisé par le prescripteur.

Justification et résumé

Le MSLD a reçu une plainte concernant les soins fournis à une personne résidente. La plainte portait sur le suivi des directives relatives aux médicaments prescrits au résident de la part d'une infirmière. Le prescripteur a modifié les paramètres d'administration des médicaments de la personne résidente. Cette directive a été ajoutée au dossier d'administration des médicaments.

L'IAA a administré les médicaments à plusieurs reprises à la personne résidente, mais n'a pas effectué une tâche avant l'administration des médicaments. Les médicaments ont été administrés alors que les mesures n'étaient pas dans 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 ON L1J 7J2
Téléphone : 844 231-5702

fourchette précisée par le prescripteur. Le directeur adjoint des soins aux résidents intérimaire et le directeur des soins aux résidents intérimaire ont confirmé que les infirmières doivent suivre les directives précisées par le prescripteur. Cela inclut les tâches précisées par le prescripteur. Le directeur des soins aux résidents intérimaire reconnaît que l'IAA n'a pas suivi les directives du prescripteur lorsqu'elle a administré les médicaments de la personne résidente.

La personne résidente a été exposée à un risque de préjudice lorsque l'IAA a administré des médicaments alors que les résultats n'étaient pas conformes aux paramètres précisés.

Sources : Dossier clinique de la personne résidente, dossier d'administration des médicaments, courriels du foyer de SLD, entretiens avec le personnel. [741745]

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 001 Obligation de protéger

Problème de conformité n° 006 Ordre de conformité aux termes de la disposition 154 (1) 2 de la *LRSLD*.

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

Obligation de protéger

Paragraphe 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.

L'inspectrice ordonne au titulaire de permis de respecter un ordre de conformité [*LRSLD* (2021), alinéa 155 (1) (a)] :

Plus particulièrement, le titulaire de permis doit :

1. Assurer un suivi et une supervision en personne par l'équipe de direction des soins infirmiers (directeur des soins aux résidents, directeurs adjoints des soins aux résidents ou chefs des services infirmiers non intérimaires) dans toutes les zones du foyer pendant le quart de nuit (de 19 h à 7 h) une fois par semaine, pendant une période de quatre semaines, pour s'assurer que le personnel, y compris le personnel intérimaire, respecte le début et la fin des évaluations menées après une chute, ce qui comprend la fiche d'observation neurologique pour les résidents qui sont tombés.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1J 7J2
Téléphone : 844 231-5702

2. Tenir un registre documenté des tâches de gestion à effectuer dans les zones du foyer des résidents lors du quart de nuit; la date et l'heure des vérifications; le nom du ou des membres du personnel qui doivent faire l'objet d'un contrôle ou d'une vérification; le nom de la personne effectuant les vérifications; toute constatation de non-respect et les mesures prises pour corriger le non-respect. Mettre ces renseignements à la disposition des inspecteurs sur demande.
3. Élaborer et mettre en œuvre un système permettant à l'équipe de direction (non intérimaire) d'examiner les séquences vidéo de l'équipe de nuit enregistrées par la télévision en circuit fermé lors d'un jour aléatoire chaque semaine pendant une période de quatre semaines afin de s'assurer que le personnel enregistré supervise l'unité.
4. Conserver un résumé de chaque examen, y compris la date et l'heure, le nom de la personne chargée de l'examen, l'analyse des résultats de l'examen et les mesures correctives mises en œuvre si des divergences sont constatées. Mettre ces renseignements à la disposition des inspecteurs sur demande.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente ne soit pas négligée par une IAA.

L'article 7 du Règlement de l'Ontario 246/22 stipule que le terme « négligence » [s]entend du 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 santé, la sécurité ou le bien-être d'un ou de plusieurs résidents.

Justification et résumé

Le foyer de SLD a soumis un rapport d'incident critique concernant un incident sans témoin et le décès inattendu d'une personne résidente. Cette dernière a eu un incident sans témoin et s'est blessée. Elle est décédée plus tard.

L'IAA a évalué la personne résidente après l'incident et a commencé l'évaluation requise pour un suivi ultérieur. Une autre IAA a été chargée de poursuivre l'évaluation requise et devait effectuer d'autres évaluations pendant son quart 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 ON L1J 7J2
Téléphone : 844 231-5702

travail. L'IAA a rempli le formulaire d'évaluation et a indiqué que la personne résidente était stable après l'incident. Cependant, le directeur adjoint des soins aux résidents intérimaire qui a mené l'enquête sur cet incident a découvert que ces évaluations n'avaient pas été effectuées.

Le directeur adjoint des soins aux résidents intérimaire a signalé que l'IAA ne s'était pas rendue dans la chambre de la personne résidente aux heures précisées sur le formulaire d'évaluation pour l'évaluer. En outre, l'IAA a pris une pause d'environ cinq heures au cours du quart de nuit. Les images des caméras de sécurité l'ont confirmé. Le directeur adjoint des soins aux résidents intérimaire a signalé que l'IAA a admis par la suite qu'elle n'avait procédé à aucune évaluation de la personne résidente au cours de son quart de travail. En outre, l'IAA a admis que les renseignements saisis dans le formulaire d'évaluation avaient été falsifiés.

Le bien-être de la personne résidente a été mis en péril lorsque l'IAA a négligé d'évaluer la personne résidente après un incident ayant entraîné une blessure.

Sources : Notes d'évolution de la personne résidente, évaluations cliniques, dossiers cliniques. Rapport d'incident critique, notes d'enquête du foyer de SLD, images des caméras de sécurité, entretiens avec le personnel. [741745]

Cet ordre doit être respecté au plus tard le 22 avril 2024.

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 002 Prévention et gestion des chutes

Problème de conformité n° 007 Ordre de conformité aux termes de la disposition 154 (1) 2 de la *LRSLD*.

Non-respect du : paragraphe 54 91) du Règl. de l'Ont. 246/22

Prévention et gestion des chutes

Paragraphe 54 (1). Le programme de prévention et de gestion des chutes doit au minimum prévoir des stratégies visant à diminuer les chutes ou à en atténuer les effets, notamment par la surveillance des résidents, le réexamen des régimes médicamenteux des résidents, la mise en œuvre de méthodes axées sur les soins de rétablissement et l'utilisation d'équipement, de fournitures, d'appareils et d'accessoires fonctionnels. Paragraphe 54 (1) du Règl. de l'Ontario 246/22.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1J 7J2
Téléphone : 844 231-5702

L'inspectrice ordonne au titulaire de permis de respecter un ordre de conformité [LRSLD (2021), alinéa 155 (1) (a)] :

Plus précisément, le titulaire de la licence doit :

1. Élaborer et mettre en œuvre une procédure dans toutes les zones du foyer des résidents pour que l'infirmière responsable cosigne les fiches d'observation neurologique à chaque quart de travail pendant quatre semaines afin de s'assurer que l'examen de dépistage des blessures à la tête est commencé et effectué comme il se doit pour tous les résidents qui ont fait une chute sans témoin ou si l'on soupçonne un traumatisme crânien.
2. La direction des soins infirmiers (non intérimaires) doit effectuer des vérifications hebdomadaires dans toutes les unités, pendant quatre semaines, du processus du foyer pour s'assurer que la fiche d'observation neurologique est établie et remplie conformément à la politique du programme de prévention et de gestion des chutes du foyer. Analyser les résultats des vérifications et mettre en œuvre des mesures correctives si des divergences sont constatées.
3. Tenir un registre des vérifications, y compris la date et l'heure, le nom de la personne chargée de la vérification, l'analyse des résultats de la vérification et les mesures correctives mises en œuvre si des divergences sont constatées. Mettre ces renseignements à la disposition des inspecteurs sur demande.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas respecté la politique de son programme de prévention et de gestion des chutes en ce qui a trait à la surveillance d'une personne résidente après un incident ayant entraîné une blessure.

Conformément à l'alinéa 11 (1) (b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis doit veiller à ce que son programme de prévention et de gestion des chutes prévoit, au minimum, des stratégies visant à diminuer les chutes ou à en atténuer les effets, y compris la surveillance des résidents, et à ce qu'il soit respecté.

Plus précisément, le personnel n'a pas respecté la politique du foyer de SLD concernant l'évaluation requise en cas de chute sans témoin ou de suspicion de traumatisme crânien.

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-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1J 7J2
Téléphone : 844 231-5702

Le foyer de SLD a soumis un rapport d'incident critique concernant un incident sans témoin et le décès inattendu d'une personne résidente. Une personne résidente a eu un incident sans témoin et s'est blessée. Elle est décédée plus tard.

La politique du foyer intitulée Fall Prevention and Management Program (en anglais seulement), datée de juillet 2023, indique que le personnel autorisé doit procéder à l'évaluation requise et l'effectuer conformément au protocole pour toute chute sans témoin ou si l'on soupçonne un traumatisme crânien. L'évaluation requise doit être effectuée même si la personne résidente dort. L'évaluation requise a indiqué qu'un examen de dépistage des blessures à la tête devait être effectué pendant 24 heures, y compris le contrôle des signes vitaux toutes les 30 minutes pendant les 2 premières heures; toutes les heures pendant les 4 heures suivantes; toutes les 2 heures pendant les 6 heures suivantes; et toutes les 4 heures pendant les 12 heures suivantes.

L'IAA a évalué la personne résidente après l'incident et a commencé l'évaluation requise. Conformément à l'évaluation requise, l'IAA devait effectuer dix évaluations au cours de son quart de travail. Cependant, seules deux évaluations sur dix ont été saisies dans le formulaire. L'IAA a affirmé avoir effectué les évaluations, mais elle n'a pas consigné ces renseignements dans le dossier clinique de la personne résidente. Une autre IAA a été chargée de poursuivre l'évaluation requise et était responsable d'effectuer quatre évaluations pendant son quart de travail. L'IAA a rempli le formulaire d'évaluation et a indiqué que la personne résidente était stable après l'incident. Cependant, le directeur adjoint des soins aux résidents intérimaire qui a mené l'enquête sur cet incident a découvert que ces évaluations n'avaient pas été effectuées.

Le directeur adjoint des soins aux résidents intérimaire a confirmé que l'IAA n'avait procédé à aucune évaluation de la personne résidente au cours de son quart de travail. Le directeur adjoint des soins aux résidents intérimaire a signalé que l'IAA ne s'était pas rendue dans la chambre de la personne résidente. En outre, l'IAA a admis que les renseignements qu'elle avait saisis dans le formulaire d'évaluation avaient été falsifiés.

Le directeur adjoint des soins aux résidents intérimaire a reconnu que les deux IAA

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1J 7J2
Téléphone : 844 231-5702

n'avaient pas suivi le protocole du foyer de SLD pour effectuer l'évaluation requise dans le cas de l'incident sans témoin de la personne résidente.

Le fait de ne pas effectuer l'évaluation requise met la personne résidente en danger, car il pourrait y avoir un retard à déceler toute modification de l'état de santé ou toute blessure découlant de l'incident.

Sources : Dossier clinique de la personne résidente, rapport d'incident critique, notes d'enquête du foyer de SLD, politique du foyer de SLD concernant le programme de prévention et de gestion des chutes, entretiens avec le personnel. [741745]

Cet ordre doit être respecté au plus tard le 22 avril 2024.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1J 7J2
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 16g de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (la Loi). Le titulaire de permis peut demander au directeur de suspendre le ou les présents ordres en attendant la révision. Si un titulaire de permis demande la révision d'un APA, l'obligation de payer est suspendue jusqu'à la décision de la révision.

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

La demande écrite de révision doit comprendre :

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

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

Directeur

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

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1J 7J2
Téléphone : 844 231-5702

Si la signification se fait :

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

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

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

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

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

Commission d'appel et de révision des services de santé

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

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1J 7J2
Téléphone : 844 231-5702

Directeur

a/s du coordonnateur des appels
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée
Ministère des Soins de longue durée
438, avenue University 8^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.