

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 L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Rapport public initial

| | |
|---|---|
| Date d'émission du rapport : 26 juin 2024 | |
| Numéro d'inspection : 2024-1553-0003 | |
| Type d'inspection : Incident critique | |
| Titulaire de permis : The Corporation of the County of Northumberland | |
| Foyer de soins de longue durée et ville : Golden Plough Lodge, Cobourg | |
| Inspectrice principale Tiffany Forde (741746) | Signature numérique de l'inspectrice |
| Autres inspectrices / Autres inspecteurs | |

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 22 au 29 et le 31 mai 2024 et du 3 au 7 juin 2024

L'inspection concernait :

- un incident critique lié à l'éclosion déclarée le 9 décembre 2023;
- un incident critique lié à l'éclosion déclarée le 30 décembre 2023;
- un incident critique lié à l'éclosion déclarée le 30 décembre 2024;
- un incident critique lié à de la négligence du personnel à l'égard d'une personne résidente
- un incident critique lié à des mauvais traitements d'ordre verbal envers une personne résidente par du personnel.

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

- Prévention et contrôle des infections
- Foyer sûr et sécuritaire
- Prévention des mauvais traitements et de la négligence
- Normes de dotation, de formation et 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 du Centre-Est

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

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Obligation de protéger

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

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.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne résidente n° 002 soit protégée contre la négligence de la part du personnel.

L'article 7 du Règl. de l'Ont. 246/22 définit la négligence comme suit : « 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

Un rapport du Système de rapport d'incidents critiques (SIC) a été soumis au directeur; il est indiqué dans ce rapport que les besoins en matière de soins et les demandes de la personne résidente n° 002 n'ont pas été pris en compte. La famille de la personne résidente n° 002 a déposé une plainte auprès du foyer de soins de longue durée (SLD) pour signaler ses préoccupations. La famille de la personne résidente a demandé au personnel de lui fournir de l'aide pour ses besoins en matière de soins, ce qui n'a été fait qu'au début du quart suivant. La famille a signalé que le personnel était assis au poste de soins infirmiers au moment de la demande. Le personnel a déclaré que la personne résidente est généralement mise au lit après le déjeuner, ajoutant que si la famille avait demandé des soins, ceux-ci auraient été prodigués.

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 L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Le directeur adjoint des soins a reconnu que le personnel aurait dû fournir de l'aide à la personne résidente lorsque la famille l'a demandé, au lieu de la faire attendre pendant 40 minutes. Il a reconnu en outre que le personnel était responsable des soins aux personnes résidentes jusqu'à la fin de son quart de travail.

En ne protégeant pas la personne résidente contre la négligence, le bien-être émotionnel de cette dernière a été miné, elle s'est sentie mal à l'aise et elle a été exposée à un risque accru de ruptures de l'épiderme.

Sources : Entretiens avec la personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) n° 116, le directeur adjoint des soins n° 118, rapport d'incident critique. [741746]

AVIS ÉCRIT : Comportements réactifs

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

Non-respect : de l'alinéa 58 (3) c) du Règl. de l'Ont. 246/22

Comportements réactifs

Paragraphe 58 (3) Le titulaire de permis veille à ce qui suit :

c) divers éléments sont consignés dans un dossier se rapportant à chaque évaluation visée à l'alinéa b), notamment la date de l'évaluation, le nom des personnes qui y ont participé, un résumé des modifications apportées et la date à laquelle ces modifications ont été mises en œuvre.

Le titulaire de permis n'a pas conservé un dossier précis de l'évaluation du foyer, incluant notamment la date de l'évaluation, le nom des personnes qui y ont participé, un résumé des modifications apportées et la date à laquelle ces modifications ont été mises en œuvre.

Résumé de l'examen

Lors de l'inspection en raison d'un incident critique impliquant des mauvais traitements d'ordre verbal envers une personne résidente par le personnel, il a été demandé au foyer de SLD de fournir deux années d'évaluation annuelle du programme en matière de comportements réactifs. Au moment de la demande,

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

L'inspectrice a reçu une version imprimée de l'évaluation annuelle datée de « 2018 », barrée au marqueur noir et remplacée par « 2022 ». L'inspectrice a reçu l'évaluation de 2023 le lendemain de la part du directeur adjoint des soins.

Lors d'un entretien avec le directeur adjoint des soins, il a été confirmé que les documents reçus étaient des documents officiels du foyer.

L'inspectrice a examiné les deux documents, mais aucune des deux évaluations ne comportait de date de révision. Les évaluations de 2023 et de 2024 concernant les comportements réactifs ont été datées exactement du même jour, soit le 31 mars. À noter que le 31 mars 2024 était un dimanche. Les résultats documentés dans les rapports de 2023 et de 2024 sont les mêmes, et concernent le pourcentage de personnes résidentes dont le comportement s'est aggravé. L'inspectrice a demandé un compte rendu de la réunion, mais le directeur adjoint des soins a confirmé lors d'un entretien qu'aucun compte rendu n'avait été rédigé pour cette réunion.

Le directeur adjoint des soins a précisé que l'objectif était d'achever le rapport pour le 31 mars de chaque année, ce qui correspond à la date d'achèvement. Il a reconnu que le foyer n'effectuait pas l'évaluation en présence d'autres personnes, et utilisait plutôt des notes et des communications antérieures pour rédiger les rapports d'évaluation annuels.

Le directeur des soins a confirmé que l'évaluation du programme devait être réalisée avant le 31 mars de chaque année et que le foyer utilisait un modèle d'évaluation et déterminait si les objectifs étaient atteints. Il a reconnu que l'ensemble de l'équipe devait se réunir pour procéder à l'examen du programme.

Le fait que le foyer n'a pas veillé à ce que le programme en matière de comportements réactifs soit évalué et mis à jour au moins une fois par an n'a pas eu d'incidence et n'a présenté qu'un faible risque pour les personnes résidentes.

Sources : Évaluation des programmes de 2023 et de 2024, entretiens avec le directeur des soins et le directeur adjoint des soins n° 118.

[741746]

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 L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

AVIS ÉCRIT : Comportements réactifs

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

Non-respect : de l'alinéa 58 (4) c) du Règl. de l'Ont. 246/22

Comportements réactifs

Paragraphe 58 (4) Le titulaire de permis veille à ce qui suit pour chaque résident qui affiche des comportements réactifs :

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

Le titulaire de permis n'a pas pris de mesures pour répondre aux besoins de la personne résidente n° 001, notamment des évaluations, des réévaluations et des interventions, et n'a pas consigné les réactions de la personne résidente aux interventions.

Justification et résumé

Le directeur a reçu une plainte concernant des mauvais traitements d'ordre verbal de la part du personnel envers une personne résidente. Un examen du programme de soins écrit de la personne résidente a permis de constater que la personne résidente avait des antécédents de comportements réactifs.

La personne résidente a fait preuve d'un comportement réactif lorsqu'elle a fait une sortie individuelle (1:1) avec un membre du personnel de l'agence KGINE pour aller fumer. Il a été signalé qu'à ce moment-là, la personne résidente a consommé plusieurs gélules sans que le personnel en soit témoin. Lorsque la personne résidente est rentrée au foyer, elle a subi une détresse médicale et a été transférée à l'hôpital local.

Un examen des notes d'évolution de la personne résidente a révélé de nombreuses notes pour comportement réactif avec peu ou pas d'interventions pour améliorer ou évaluer le comportement de la personne résidente. L'infirmière autorisée (IA) a consigné ce qui suit dans les notes : « La personne résidente est impolie, impolie, impolie. Les interventions ne contribuent pas à modifier son comportement. »

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 L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Le foyer de SLD n'a pas respecté sa politique en matière de comportement réactif.

Selon la politique du foyer en matière de comportements réactifs, il faut réaliser une évaluation en cas de changement considérable de l'état de santé et psychologique des personnes résidentes, ainsi que tous les trimestres. Les entretiens avec le responsable du Projet ontarien de soutien en cas de trouble du comportement (Projet OSCT) et le directeur adjoint des soins reconnaissent qu'il aurait fallu utiliser l'échelle d'observation de la démence lorsque la personne résidente avait présenté des comportements réactifs.

Le fait de ne pas avoir veillé au respect de la politique du foyer présentait le risque que des déclencheurs comportementaux potentiels ne soient pas relevés et que le personnel ne soit pas tenu au courant de ces déclencheurs.

Sources : Notes d'évolution et évaluations des personnes résidentes, politique en matière de comportement réactif, entretiens avec le directeur adjoint des soins et le responsable du Projet OSCT.

[741746]

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

Problème de conformité n° 004 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de la disposition 3 du paragraphe 102 (7) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Programme de prévention et de contrôle des infections

Paragraphe 102 (7) Le titulaire de permis veille à ce que le responsable de la prévention et du contrôle des infections désigné en application du paragraphe (5) s'acquitte des responsabilités suivantes au foyer :

3. Il surveille la formation sur la prévention et le contrôle des infections dispensée à l'ensemble du personnel, des fournisseurs de soins, des bénévoles, des visiteurs et des résidents.

Le titulaire de permis n'a pas fourni à l'étudiant bénévole la formation nécessaire en matière de prévention et de contrôle des infections pour l'ensemble du personnel, des fournisseurs de soins, des bénévoles, des visiteurs et des personnes résidentes.

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 L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Justification et résumé

Trois rapports d'incidents critiques (RIC) distincts ont été soumis au directeur en raison d'une éclosion d'infection aiguë des voies respiratoires (IRA) - COVID-19, déclarée en décembre 2023, dans huit unités du foyer.

Lors de l'observation du déroulement du repas dans une unité du foyer, un étudiant a été vu en train de mener des personnes résidentes en fauteuil roulant dans la salle à manger pour le déjeuner sans avoir procédé à l'hygiène des mains. Lorsque l'étudiant a été questionné sur la formation, il a répondu qu'il n'avait pas participé à la formation sur la prévention et le contrôle des infections. L'inspectrice a demandé les dossiers de formation des étudiants et a été informée par le gestionnaire des services aux personnes résidentes et aux familles qu'il s'agissait d'une erreur de sa part et que la formation n'avait pas été terminée.

Le responsable de la prévention et du contrôle des infections a confirmé que l'étudiant devait avoir suivi la formation requise avant de commencer à travailler dans une unité de soins à domicile.

Le fait de ne pas s'assurer que les étudiants reçoivent une formation sur la prévention et le contrôle des infections avant de travailler au foyer expose les personnes résidentes à un risque d'infection.

Sources : Observations, entretiens avec le responsable de la prévention et du contrôle des infections et le gestionnaire des services aux personnes résidentes et aux familles, étudiant bénévole.

[741746]

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 L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

AVIS ÉCRIT : Politique concernant les visiteurs

Problème de conformité n° 005 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de l'alinéa 267 (1) c) du Règl. de l'Ont. 246/22

Politique concernant les visiteurs

Paragraphe 267 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée élabore et met en œuvre une politique écrite concernant les visiteurs. Cette politique satisfait au moins aux critères suivants :

c) elle est conforme à toute loi applicable, y compris les directives, ordres, orientations, conseils ou recommandations applicables qu'a formulés le médecin-hygiéniste en chef ou le médecin-hygiéniste nommé en vertu de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la politique du foyer à l'égard des visiteurs exige, entre autres exigences, aux visiteurs de fournir leurs coordonnées.

Résumé de l'examen

Trois rapports d'incidents critiques (RIC) distincts ont été soumis au directeur en raison d'une éclosion d'infection aiguë des voies respiratoires (IRA) - COVID-19, déclarée en décembre 2023, dans huit unités du foyer.

En entrant dans le foyer de SLD aux fins de l'inspection, l'inspectrice devait signer le registre des visiteurs du foyer, placé dans un classeur. Toutefois, dans le registre, les coordonnées des visiteurs n'étaient pas demandées. L'examen de la politique du foyer en matière de visites n'a pas révélé que les visiteurs doivent indiquer leurs coordonnées lorsqu'ils s'inscrivent pour visiter le foyer de SLD.

Le foyer de SLD utilise un système d'inscription sur papier, le registre des visiteurs. Le responsable de la prévention et du contrôle des infections a confirmé que le registre des visiteurs actuel n'exigeait pas que les visiteurs inscrivent leurs coordonnées.

Cela représentait un risque et un impact potentiel pour les personnes résidentes, puisqu'il se pouvait que le foyer ne soit pas en mesure de contacter les visiteurs si cela s'avérait nécessaire à l'avenir.

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 L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Sources : Observations, politique du foyer à l'égard des visiteurs et entretien avec le responsable de la prévention et du contrôle des infections.
[741746]

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 001 Exigences en matière de climatisation

Problème de conformité n° 006 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : du paragraphe 23.1 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Exigences en matière de climatisation

Paragraphe 23.1 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que la climatisation soit installée, opérationnelle et en bon état afin de pouvoir rafraîchir la température dans les aires suivantes du foyer pendant au moins la période comprise entre le 15 mai et le 15 septembre de chaque année :

1. Chaque chambre à coucher de résidents.
2. Chaque aire de refroidissement désignée, dans le cas d'un foyer non doté de la climatisation centrale. Règl. de l'Ont. 66/23, art. 4.

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

Dans toutes les chambres des personnes résidentes et dans toutes les zones de rafraîchissement désignées qui ne sont pas dotées d'une climatisation centrale, des climatiseurs portatifs sont installés, opérationnels et en bon état de fonctionnement afin de réduire la température.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la climatisation soit installée, opérationnelle et en bon état de fonctionnement afin de réduire la température dans chaque chambre de personne résidente et dans chaque zone de rafraîchissement désignée, dans le cas d'un foyer sans climatisation centrale, pendant au moins la période allant du 15 mai au 15 septembre de chaque année.

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 L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Justification et résumé

Une inspection sur place a été effectuée du 22 mai au 7 juin 2024. Au cours d'une visite du foyer, l'inspectrice a constaté qu'il faisait chaud dans certaines parties du foyer de SLD et qu'il ne semblait pas y avoir de système de climatisation centrale dans l'ensemble des chambres des personnes résidentes.

Il a été constaté que deux parties du foyer n'étaient pas dotées d'un système de climatisation centrale et que des refroidisseurs d'air étaient plutôt utilisés dans les couloirs. Certaines chambres de personnes résidentes étaient dotées d'un climatiseur portatif, mais 38 chambres n'avaient pas de climatiseur portatif.

Une autre visite de la maison a été effectuée avec le gestionnaire des services environnementaux (GSE). Deux types de bouches d'aération, censées faire partie du système de climatisation, ont été montrés à l'inspectrice. Il s'est avéré par la suite qu'il s'agissait de bouches de retour d'air froid.

Le 4 juin 2024, la température à Cobourg, en Ontario selon Environnement et Changement climatique Canada était de 27,1 degrés Celsius et l'humidex était de 33 degrés Celsius.

L'absence de climatisation installée, opérationnelle et en bon état de fonctionnement pour rafraîchir chaque chambre de personne résidente et dans chaque zone de rafraîchissement désignée, dans un foyer qui ne disposait pas de climatisation centrale, a exposé les personnes résidentes à un risque de maladie liée à la chaleur.

Sources : Observation des chambres des personnes résidentes, GSE, liste des climatiseurs portatifs manquants.

[741746]

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 12 juillet 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 L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Un avis de pénalité administrative est délivré dans le cadre du présent ordre de conformité (APA no 001).

AVIS DE PÉNALITÉ ADMINISTRATIVE

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *LRSLD* (2021).

Avis de pénalité administrative (APA no 001)

Lié à l'ordre de conformité (OC) n° 001

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 25 000 \$, 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 pour les raisons suivantes : le titulaire de permis n'a pas respecté une exigence, ce qui a donné lieu à un ordre en vertu de l'article 155 de la Loi, et au cours des trois années précédant immédiatement la date à laquelle l'ordre a été délivré en vertu de l'article 155, le titulaire de permis n'a pas respecté cette même exigence.

Historique de la conformité

Il s'agit du premier APA délivré au titulaire de permis pour non-respect de l'exigence en question.

La facture et les renseignements relatifs au paiement seront envoyés séparément par courrier après la signification 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.

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 L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 002 Formation

Problème de conformité n° 007 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : du paragraphe 82 (2) de la *LRSLD* (2021)

Formation

Paragraphe 82 (2) Le titulaire de permis veille à ce qu'aucune personne visée au paragraphe (1) n'assume ses responsabilités avant d'avoir reçu une formation dans les domaines mentionnés ci-dessous :

1. La déclaration des droits des résidents.
2. L'énoncé de mission du foyer de soins de longue durée.
3. La politique du foyer de soins de longue durée visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents.
4. L'obligation de faire rapport prévue à l'article 28.
5. Les protections qu'offre l'article 30.
6. La politique du foyer de soins de longue durée visant à réduire au minimum l'utilisation de la contention sur les résidents.
7. La prévention des incendies et la sécurité.
8. Les mesures d'urgence et le plan d'évacuation.
9. La prévention et le contrôle des infections.
10. L'ensemble des lois, des règlements, des politiques du ministère et des documents semblables, y compris les politiques du titulaire de permis, qui se rapportent aux responsabilités de la personne.
11. Les autres domaines que prévoient les règlements.

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

1. L'équipe de gestion, dirigée par l'administrateur, doit fournir une formation dans tous les domaines requis par le paragraphe 82 (2) de la *LRSLD* (2021), à l'ensemble du personnel de Kagine Security et à toute autre agence travaillant au foyer.
2. Il faut conserver une trace écrite de toutes les formations ainsi qu'une trace des connaissances démontrées de la formation. Ce dossier doit inclure la formation dispensée, le nom de la personne qui l'a fournie, un compte rendu du test de connaissances, la date et l'heure de la formation ainsi que le nom et la signature du

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 L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

personnel de l'agence qui a reçu cette formation. Ces dossiers doivent être mis à la disposition de l'inspectrice immédiatement sur demande.

3. L'administrateur doit élaborer un processus pour s'assurer que tout le personnel de l'agence et nouvellement embauché reçoit la formation requise en vertu du paragraphe 82 (2) de la *LRSLD* (2021) ainsi que toute autre formation requise propre à son rôle, avant de travailler au foyer. En cas d'urgence ou de circonstances exceptionnelles et imprévues, la formation doit être dispensée dans un délai d'une semaine à compter du moment où la personne commence à exercer ses responsabilités.

4. L'administrateur ou une personne désignée par la direction effectuera une vérification de tout le personnel de l'agence qui travaille au foyer, ainsi que de tout le personnel embauché au foyer depuis le 1^{er} janvier 2023, afin de s'assurer que toutes les formations requises ont été suivies et que le foyer dispose d'un registre documenté de ces formations. Tout manquement relevé sera consigné et le personnel concerné sera immédiatement formé conformément aux exigences de la législation. Il convient de conserver un enregistrement documenté de cette vérification, y compris des mesures correctives, et de le mettre immédiatement à la disposition de l'inspectrice, à sa demande.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'aucun membre du personnel du foyer n'exerce ses fonctions avant d'avoir reçu une formation dans les domaines mentionnés ci-dessous :

1. La déclaration des droits des résidents.
2. L'énoncé de mission du foyer de soins de longue durée.
3. La politique du foyer de soins de longue durée visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents.
4. L'obligation de faire rapport prévue à l'article 28.
5. Les protections qu'offre l'article 30.
6. La politique du foyer de soins de longue durée visant à réduire au minimum l'utilisation de la contention sur les résidents.
7. La prévention des incendies et la sécurité.
8. Les mesures d'urgence et le plan d'évacuation.
9. La prévention et le contrôle des infections.

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 L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

10. L'ensemble des lois, des règlements, des politiques du ministère et des documents semblables, y compris les politiques du titulaire de permis, qui se rapportent aux responsabilités de la personne.
11. Les autres domaines que prévoient les règlements.

Justification et résumé

Selon la définition donnée au paragraphe 80 (2) de la *LRSLD* (2021), on entend par « personnel d'agence » le personnel qui travaille au foyer de soins de longue durée conformément à un contrat que concluent le titulaire de permis et une agence de placement ou un autre tiers. Conformément au paragraphe 81 (3) de la *LRSLD* (2021), un membre du personnel de l'agence est considéré comme étant embauché dès qu'il commence à travailler au foyer.

Le foyer a retenu les services d'un tiers, KGINE, dont le contrat est entré en vigueur le 2 octobre 2023, pour des services de sécurité qui assurent une surveillance individuelle des personnes résidentes. Lors d'une inspection d'incident critique impliquant le personnel de KGINE, il a été découvert que le personnel travaillant actuellement au foyer n'avait pas suivi la formation sur la prévention et le contrôle des infections requise et la formation à la politique des foyers de SLD.

Un examen plus approfondi de la liste des employés du tiers qui assurait la supervision individuelle des personnes résidentes a permis de constater que 77 employés avaient travaillé sans avoir reçu la formation d'orientation requise. L'examen du contrat entre le comté de Northumberland et KGINE Security n'a pas porté sur les responsabilités en matière de formation ni sur les habilitations de sécurité.

L'administrateur a déclaré lors d'un entretien que le personnel de l'agence ne disposait pas de noms d'utilisateur ou de mots de passe leur permettant de suivre la formation requise conformément à la norme ministérielle.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que l'ensemble du personnel ait suivi l'orientation requise a exposé les personnes résidentes à un risque de préjudice.

Sources : Examen des dossiers, contrat KGINE, observations, entretiens.

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 L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

[741746]

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 30 juillet 2024

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 003 Désinstaller un climatiseur portable ou un climatiseur de fenêtre

Problème de conformité n° 008 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : du paragraphe 23.2 (4) du Règl. de l'Ont. 246/22

Désinstaller un climatiseur portable ou un climatiseur de fenêtre

Paragraphe 23.2 (4) Le titulaire de permis qui désinstalle un climatiseur portable ou un climatiseur de fenêtre, ou qui n'en installe pas un, conformément à la demande d'un résident, indique promptement ce qui suit dans le programme de soins de chaque résident de la chambre :

- a) tout facteur de risque particulier pouvant occasionner une maladie liée à la chaleur par suite de l'absence de climatiseur;
- b) les interventions et stratégies particulières que le personnel doit mettre en œuvre pour prévenir ou atténuer les facteurs de risque précisés pouvant occasionner une maladie liée à la chaleur.

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

1. L'administrateur, le GSE ou une personne désignée par la direction doit effectuer une vérification auprès de toutes les personnes résidentes ou de leur mandataire spécial afin de déterminer si la personne résidente ou le mandataire spécial refuse l'installation d'un climatiseur portatif lorsque la climatisation centrale n'est pas disponible. Un tel refus doit être consigné dans le programme de soins écrit de la personne résidente et sera réexaminé avec la personne résidente ou le mandataire spécial lors de chaque évaluation trimestrielle.
2. Le directeur des soins, ou une personne désignée par la direction des soins infirmiers, doit veiller à ce que, pour chaque personne résidente dont la chambre n'est pas climatisée, un programme de soins définisse les facteurs de risque

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 L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

susceptibles d'entraîner une maladie liée à la chaleur ainsi que les interventions particulières à mettre en œuvre en raison de l'absence de climatisation.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, lorsqu'aucun climatiseur portatif n'est installé, le programme de soins des personnes résidentes soit mis à jour afin d'inclure les facteurs de risque et les interventions.

Justification et résumé

Une inspection sur place a été effectuée du 22 mai au 7 juin 2024. Au cours d'une visite du foyer, l'inspectrice a constaté qu'il faisait chaud dans certaines parties du foyer de SLD et qu'il ne semblait pas y avoir de système de climatisation centrale dans l'ensemble des chambres des personnes résidentes. Il a été noté que le foyer de SLD utilisait par des refroidisseurs situés dans les couloirs de la zone des personnes résidentes, tandis que certaines chambres étaient dotées de climatiseurs portatifs. Lors de l'examen des dossiers, il a été constaté qu'il n'y avait pas de climatiseur portatif dans la chambre de 38 personnes résidentes vivant dans deux unités.

Lors d'une observation de la température consignée, il a été souligné que, dans une unité du foyer, un membre de la famille d'une personne résidente s'était plaint d'avoir chaud. Il a demandé s'il pouvait acheter son propre climatiseur pour la personne résidente en question et a demandé à l'inspectrice si le ministère allait acheter des climatiseurs. Des personnes résidentes se sont plaintes à l'inspectrice d'avoir chaud dans leur chambre.

Lors d'un entretien avec le gestionnaire de l'établissement, celui-ci a indiqué que des personnes résidentes situées dans les deux unités avaient choisi de ne pas utiliser les climatiseurs portatifs dans leur chambre, bien qu'aucun dossier n'ait été fourni à l'inspectrice au cours de l'inspection pour étayer cette information.

L'examen des dossiers a porté sur les programmes de soins des personnes résidentes. Aucun facteur de risque particulier susceptible d'entraîner une maladie liée à la chaleur n'a été répertorié, et aucune intervention n'a été relevée dans le programme de soins écrit. Selon la politique du foyer en matière d'évaluation des

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

risques liés à la chaleur, l'évaluation des risques liés à la chaleur est utilisée pour déterminer le potentiel de stress dû à la chaleur. La note d'une personne résidente était élevée et celle des autres personnes résidentes était modérée. L'examen du programme de soins de ces personnes résidentes n'a révélé aucune intervention fondée sur des données probantes à mettre en œuvre en cas de forte chaleur ou d'humidité. Aucun document n'indique que les personnes résidentes ont choisi de ne pas avoir de climatiseur dans leur chambre.

L'examen des dossiers n'a révélé aucune trace écrite précisant la date à laquelle le climatiseur avait été retiré des chambres ou que la personne résidente avait refusé l'installation du climatiseur portatif.

En n'actualisant pas la prévention des maladies liées à la chaleur dans les programmes de soins, les personnes résidentes sont exposées à des risques accrus.

Sources : Observations, examen des dossiers et entretiens avec les GSE et les personnes résidentes.
[741746]

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 15 juillet 2024

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 004 Désinstaller un climatiseur portable ou un climatiseur de fenêtre

Problème de conformité n° 009 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : du paragraphe 23.2 (8) du Règl. de l'Ont. 246/22

Désinstaller un climatiseur portable ou un climatiseur de fenêtre

Paragraphe 23.2 (8) Dans tous les cas de désinstallation ou de non-installation d'un climatiseur portable ou d'un climatiseur de fenêtre conformément au présent article, le climatiseur doit rester accessible et disponible pour utilisation, selon le cas :

a) à la demande d'un ou de plusieurs des résidents de la chambre à coucher;

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 L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

b) lorsqu'il est nécessaire de rafraîchir et de maintenir la température de la chambre à coucher pour assurer la santé, la sécurité et le confort des résidents de la chambre.

L'inspectrice ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de conformité [] :

1. Le GSE doit veiller à ce que des climatiseurs portatifs ou des climatiseurs de fenêtre soient installés dans toutes les chambres des personnes résidentes qui ne disposent pas d'un climatiseur central.
2. Le GSE doit s'assurer que pour chaque chambre de personne résidente qui, à la demande de la personne résidente, n'est pas dotée d'un climatiseur portatif ou d'un climatiseur de fenêtre, une unité soit disponible aux fins d'installation immédiate si la personne résidente change d'avis, ou si elle est nécessaire pour rafraîchir la chambre et y maintenir la température pour des motifs de santé, de sécurité et de confort.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les climatiseurs portatifs qui ne sont pas installés demeurent accessibles et disponibles en vue de leur utilisation.

Justification et résumé

Une inspection sur place a été effectuée du 22 mai au 7 juin 2024. Au cours d'une visite du foyer, l'inspectrice a constaté qu'il ne semblait pas y avoir de système de climatisation centrale dans l'ensemble des chambres des personnes résidentes. Il a été noté que le foyer de SLD utilisait des refroidisseurs situés dans les couloirs de la zone des personnes résidentes, tandis que seulement certaines chambres étaient dotées de climatiseurs portatifs. Après la tenue d'entretiens, la visite du foyer et l'examen des dossiers, il a été établi au moyen d'une liste fournie par le GSE qu'il n'y avait pas de climatiseur portatif dans la chambre de 38 personnes résidentes vivant dans deux unités du foyer.

L'observation de l'aire d'entreposage du foyer de SLD et les entretiens avec le personnel d'entretien et le GSE ont permis de confirmer que le foyer ne possède qu'un surplus d'un ou trois climatiseurs portatifs en état de marche. Il n'y en avait

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

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

pas assez pour chaque chambre de personne résidente sans climatiseur portable ou climatiseur de fenêtre.

L'administrateur a indiqué lors d'un entretien qu'il faudrait disposer d'un nombre suffisant de climatiseurs portables pour toutes les chambres de personnes résidentes sans un système de climatisation centrale.

Sources : Observations, entretiens avec l'administrateur, le personnel d'entretien, le GSE et l'administrateur.
[741746]

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 15 juillet 2024

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 005 Température ambiante

Problème de conformité n° 010 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : du paragraphe 24 (4) du Règl. de l'Ont. 246/22

Température ambiante

Paragraphe 24 (4) Outre les exigences prévues au paragraphe (2), le titulaire de permis veille à ce que, en ce qui concerne chaque chambre à coucher de résidents non dotée d'une climatisation opérationnelle et en bon état, la température soit mesurée et consignée une fois par jour, l'après-midi, entre 12 et 17 heures :

- a) tous les jours entre le 15 mai et le 15 septembre;
- b) un jour sur deux au cours duquel la température extérieure prévue par Environnement et Changement climatique Canada pour la zone où se trouve le foyer est de 26 degrés Celsius ou plus à un moment quelconque de la journée.

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

1. Le GSE doit élaborer et mettre en œuvre un processus visant à garantir la prise de la température chaque jour entre 12 h et 17 h dans chaque chambre de personne résidente sans climatiseur. Cela doit être fait conformément aux exigences des alinéas 24 (4) a) et b) du Règlement 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 L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

2. Cette procédure doit être communiquée à l'ensemble du personnel chargé de prendre la température. Les modalités de cette communication doivent être conservées et communiquées à l'inspectrice immédiatement sur demande.
3. Le GSE ou son représentant doit effectuer une vérification quotidienne pendant deux semaines, puis une vérification hebdomadaire pendant quatre semaines, afin de garantir la prise et la consignation de toutes les températures requises ainsi que la consignation de mesures correctives lorsque la température se situe en dehors de la fourchette acceptable. Un registre documenté des vérifications doit être conservé et fourni à l'inspectrice immédiatement sur demande.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la température soit mesurée et consignée par écrit quotidiennement, l'après-midi entre 12 h et 17 h, ainsi que le soir ou la nuit, pour toutes les chambres de personnes résidentes sans climatiseur.

Justification et résumé

Une inspection sur place a été effectuée du 22 mai au 7 juin 2024. Au cours d'une visite du foyer, l'inspectrice a constaté qu'il ne semblait pas y avoir de système de climatisation centrale dans l'ensemble des chambres des personnes résidentes. Il a été noté que le foyer de SLD utilisait des refroidisseurs situés dans les couloirs de la zone des personnes résidentes, tandis que certaines chambres des personnes résidentes étaient dotées de climatiseurs portatifs.

Un document mentionnait qu'il n'y avait pas de climatiseur portatif dans la chambre de 38 personnes résidentes vivant dans deux unités du foyer.

Selon la politique du foyer en matière de températures de l'établissement : [traduction] « En plus des exigences ci-dessus, la température de chaque chambre de personne résidente non climatisée doit être mesurée et consignée par écrit chaque jour avant midi, l'après-midi entre 12 h et 17 h, et le soir. » Les registres des températures de l'air pour le mois de mai/juin 2024 ont été examinés. Il a été noté que le foyer de SLD a manqué plusieurs relevés de température de l'air en mai 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 L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Le GSE a reconnu qu'il manquait les températures de quelques unités du foyer à certaines dates, et qu'il attendait du personnel qu'il remplisse et documente les températures avec précision.

L'absence de contrôle de la température dans les chambres a entraîné une augmentation des risques de maladies liées à la chaleur pour les personnes résidentes.

Sources : Entretiens avec l'administrateur, le GSE, registres des températures ambiantes, politique en matière de températures de l'établissement en vigueur depuis juin 2021.

[741746]

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 9 août 2024

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 006 Programme de prévention et de contrôle des infections

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

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

Programme de prévention et de contrôle des infections

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

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

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

1. Le responsable de la prévention et du contrôle des infections doit élaborer et mettre en œuvre un processus visant à garantir la disponibilité des équipements de protection individuelle (EPI) et à veiller à ce que le personnel enfile et retire ces équipements conformément aux pratiques exemplaires de prévention et de contrôle des infections pour chaque personne résidente pour laquelle des précautions supplémentaires s'imposent.

2. Le responsable de la prévention et du contrôle des infections doit veiller à ce que des poubelles pour l'EPI soient mises à disposition dans les endroits appropriés, à

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 L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

l'intérieur de la chambre de la personne résidente, conformément aux pratiques exemplaires.

3. Le responsable de la prévention et du contrôle des infections formera à nouveau le personnel autorisé aux quatre moments de l'hygiène des mains. Le responsable de la prévention et du contrôle des infections doit effectuer trois vérifications aléatoires sur une période de trois semaines pour chaque membre du personnel. Il faut conserver une copie écrite des vérifications incluant les dates, les noms des employés, les heures et les mesures correctives prises, le cas échéant. Ce dossier doit être mis à la disposition de l'inspectrice immédiatement sur demande.

Motifs

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les PSSP enfilent et retirent l'EPI dans l'ordre approprié lorsqu'ils prodiguent des soins directs aux personnes résidentes à l'égard desquelles il faut prendre des précautions supplémentaires.

Conformément au point f) de la section 9.1 de 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 2022, au minimum, les précautions supplémentaires doivent inclure des exigences supplémentaires concernant l'EPI, notamment le choix, le port, le retrait et l'élimination de façon appropriée.

Justification et résumé

Un RIC a été soumis au directeur en raison de trois éclosions distinctes d'infection aiguë des voies respiratoires (IRA) - COVID-19, déclarées en décembre 2023, dans huit unités du foyer

Au cours de la visite initiale du foyer, des observations ont été faites dans deux zones. Il a été constaté que toutes les poubelles rouges destinées à l'élimination des EPI se trouvaient dans les couloirs plutôt qu'à l'intérieur des chambres des personnes résidentes. Une personne résidente a été vue assise dans son fauteuil roulant qui était positionné latéralement devant la poubelle rouge pour l'élimination des EPI dans le couloir.

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 L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

La PSSP a expliqué qu'elle retire son EPI dans le couloir et que la personne résidente n'aurait pas dû se trouver à cet endroit. Le responsable de la prévention et du contrôle des infections a confirmé que des poubelles rouges pour l'élimination des EPI devraient être placées dans les chambres des personnes résidentes et que le personnel ne devrait pas enlever les EPI dans les couloirs. Il a également confirmé que la personne résidente n'aurait pas dû se trouver devant la poubelle pour l'élimination des EPI.

Au cours d'une observation, l'inspectrice a constaté que le personnel soignant sortait d'une chambre de précaution contre les contacts, puis retirait l'EPI à l'entrée de la chambre sans respecter la séquence correcte, enlevant d'abord la blouse puis les gants et touchant son masque à l'avant plutôt que par les boucles latérales. Un entretien avec le responsable de la prévention et du contrôle des infections a confirmé que les attentes du foyer concernant la séquence correcte d'enfilage et de retrait de l'EPI n'ont pas été respectées par la PSSP n° 113.

Le fait que le personnel ne mette pas et ne retire pas les EPI dans la séquence correcte et qu'il ne place pas les poubelles pour l'élimination des EPI à l'endroit approprié expose les personnes résidentes à un risque accru de transmission d'infections.

Sources : Observation et entretien avec le responsable de la prévention et du contrôle des infections n° 125, la PSSP n° 103.
[741746]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à la mise en œuvre de tout protocole ou de toute norme délivré par le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections (PCI). Plus précisément, le titulaire de permis n'a pas aidé les personnes résidentes à se laver les mains avant de recevoir les repas et les collations, conformément à l'exigence supplémentaire prévue par le point h) de la section 10.4 de la Norme de PCI pour les 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 du Centre-Est

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

Justification et résumé

Un RIC a été soumis au directeur en raison de trois éclosions distinctes d'infection aiguë des voies respiratoires (IRA) - COVID-19, déclarées en décembre 2023, dans huit unités du foyer.

Au cours de l'inspection, il a été constaté que plusieurs membres du personnel ne procédaient pas à l'hygiène des mains avec les personnes résidentes avant le service des repas ou des collations.

- Dans une unité du foyer, une PSSP a transporté une personne résidente dans la salle à manger pour le dîner sans procéder à l'hygiène des mains.
- Dans une unité du foyer, un membre du personnel a transporté une personne résidente dans la salle à manger pour le dîner sans procéder à l'hygiène des mains.

Le responsable de la prévention et du contrôle des infections a reconnu que l'ensemble du personnel devait respecter les quatre moments de l'hygiène des mains et avait reçu une formation à cet effet.

En ne veillant pas à ce que l'ensemble du personnel respecte les quatre moments de l'hygiène des mains, les personnes résidentes ont été exposées à un risque accru de transmission de maladies infectieuses.

Sources : Observation et entretien avec le responsable de la prévention et du contrôle des infections, la PSSP.

[741746]

3. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un programme d'hygiène des mains soit mis en place conformément à la Norme de PCI pour les foyers de soins de longue durée d'avril 2022.

Conformément à la Norme de PCI pour les foyers de soins de longue durée, publiée par le directeur et révisée en septembre 2022, au point b) de la section 9.1, au minimum, les pratiques de base doivent comporter l'hygiène des mains, notamment lors des quatre moments de l'hygiène des mains (avant de toucher à la personne résidente ou à son environnement; avant une intervention aseptique; après un

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 L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

risque de contact avec du liquide organique, et après un contact avec la personne résidente ou son environnement).

Justification et résumé

Un RIC a été soumis au directeur en raison de trois éclosions distinctes d'infection aiguë des voies respiratoires (IRA) - COVID-19, déclarées en décembre 2023, dans huit unités du foyer.

L'inspectrice a constaté, tout au long de l'inspection, qu'une infirmière auxiliaire autorisée (IAA) administrant des médicaments aux personnes résidentes d'une unité du foyer ne s'était pas lavé les mains avant d'interagir avec la personne résidente.

Dans une unité du foyer, une IAA a été observée en train d'administrer des médicaments à une personne résidente. Elle n'avait effectué aucune hygiène des mains avant d'entrer dans la chambre des personnes résidentes. L'inspectrice a demandé à l'IAA quels étaient les quatre moments de l'hygiène des mains. Elle a répondu : « Je ne suis pas bonne à cet égard. »

Dans une unité du foyer, une IAA a fait l'objet d'une observation; elle ne s'est pas lavé les mains avant de manipuler les médicaments ni après avoir quitté la chambre de la personne résidente. L'IAA a ensuite touché un ordinateur et a retiré d'autres médicaments sans avoir respecté les règles d'hygiène des mains. L'inspectrice a demandé : « Pouvez-vous me citer les quatre moments de l'hygiène des mains? » Cependant, aucune réponse n'a été donnée.

Dans une unité du foyer, il a été observé qu'une IAA procédait à l'hygiène des mains avant le début de la distribution des médicaments. Elle a ensuite été observée en train de toucher la souris et le clavier de l'ordinateur, sans avoir effectué l'hygiène des mains. L'IAA a ensuite mis des gants pour administrer le pulvérisateur nasal. Elle a ensuite retiré les gants et ne s'est pas occupée de l'hygiène des mains.

Dans une unité du foyer, une IAA a été observée en train de prendre la tension artérielle d'une personne résidente; l'inspectrice a souligné qu'elle n'avait pas procédé à l'hygiène des mains ni nettoyé le brassard de tensiomètre par la suite. Il a également été observé qu'il n'y avait pas de désinfectant pour les mains ni 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 L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

lingettes nettoyantes sur le tensiomètre. L'IAA a indiqué que la personne résidente était assujettie aux précautions contre les contacts.

Le responsable de la prévention et du contrôle des infections a reconnu que l'ensemble du personnel avait reçu une formation sur les normes de PCI, et que tous les membres du personnel devaient respecter les normes de pratique habituelles, y compris l'hygiène des mains, conformément aux pratiques exemplaires relatives aux quatre moments de l'hygiène des mains.

Le manquement aux pratiques habituelles d'hygiène des mains augmente le risque de propagation des maladies infectieuses.

Sources : Observation et entretiens avec le responsable de la prévention et du contrôle des infections.

[741746]

4. Le titulaire de permis n'a pas fourni d'EPI au personnel et aux visiteurs conformément aux normes de PCI pour les personnes résidentes assujettis aux précautions contre les contacts au Blacklock Cottage.

Conformément au point a) de la section 9.1 de la Norme de PCI pour les foyers de soins de longue durée, publiée par le directeur et révisée en septembre 2022, au minimum, les précautions supplémentaires doivent inclure des pratiques fondées sur des données probantes ayant trait à l'éventualité de transmission par contact et aux précautions requises.

Résumé de l'examen

Trois rapports d'incidents critiques (RIC) distincts ont été soumis au directeur en raison d'éclosions d'infection aiguë des voies respiratoires (IRA) - COVID-19, déclarées en décembre 2023, dans huit unités du foyer.

Au cours d'une visite de PCI dans l'unité sécurisée, l'inspectrice a observé qu'il n'y avait pas d'enfilage et de retrait des EPI à l'extérieur des chambres des personnes résidentes pour lesquelles il a été jugé que des précautions supplémentaires s'imposaient. L'IAA a déclaré qu'elle enfilait et retirait les vêtements au poste 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 L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

soins infirmiers et qu'elle ne conservait pas les fournitures d'EPI dans la chambre des personnes résidentes, car ces dernières les toucheraient. Lors d'un entretien avec le responsable de la prévention et du contrôle des infections, il a déclaré qu'il savait que le personnel enfilait et retirait ses vêtements à l'intérieur du poste de soins infirmiers. Il a convenu que les fournitures pour l'enfilage et le retrait ne devaient pas être conservées dans le poste de soins infirmiers, mais placées plutôt à l'extérieur de la chambre où des précautions supplémentaires étaient requises, de manière à ce que les fournitures soient facilement accessibles.

Des observations supplémentaires ont été effectuées dans une chambre partagée, dans une unité du foyer, où une personne résidente devait faire l'objet de précautions contre les contacts. Le panneau concernant les précautions affiché à l'extérieur de la porte n'indiquait pas clairement quelle personne résidente devait faire l'objet de ces précautions. Lors d'un entretien avec le responsable de la prévention et du contrôle des infections et le coordonnateur, il a été précisé que le foyer traitait la chambre comme une chambre d'isolement et que le personnel devait revêtir l'EPI pour les deux personnes résidentes.

Lors de l'observation d'une collation dans une unité du foyer, une PSSP est sortie de la chambre d'une personne résidente en poussant le chariot de collations tout en tenant dans ses mains des draps souillés. Elle a ensuite soulevé le couvercle du chariot de linge sale pour jeter le linge sale. Elle ne s'est pas lavé les mains lorsqu'elle a quitté la chambre des personnes résidentes ou lorsqu'elle a touché le chariot de collations. L'inspectrice a demandé à la PSSP si elle était au courant des quatre moments d'hygiène des mains. Elle a répondu : « Je n'ai pas touché à la personne résidente. »

En ne veillant pas à ce que l'ensemble du personnel utilise correctement les EPI, notamment en ce qui concerne le stockage, le retrait et l'élimination, les personnes résidentes sont exposées à des risques de maladies infectieuses.

Sources : Observation et entretien avec le responsable de la prévention et du contrôle des infections, coordonnateur et l'IAA.

[741746]

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 L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 30 juillet 2024

Un avis de pénalité administrative est délivré dans le cadre du présent ordre de conformité (APA no 002)

AVIS DE PÉNALITÉ ADMINISTRATIVE

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *LRSLD* (2021).

Avis de pénalité administrative (APA no 002)

Lié à l'ordre de conformité (OC) n° 006

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 11 000 \$, 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 pour les raisons suivantes : le titulaire de permis n'a pas respecté une exigence, ce qui a donné lieu à un ordre en vertu de l'article 155 de la Loi et, au cours des trois années précédant immédiatement la date à laquelle l'ordre a été délivré en vertu de l'article 155, le titulaire de permis n'a pas respecté cette même exigence.

Historique de la conformité

Il s'agit du deuxième APA délivré au titulaire de permis pour non-respect de l'exigence en question.

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

Le titulaire de permis ne doit PAS payer un APA au moyen d'une enveloppe pour les soins aux résidents fournis 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

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 L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

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° 007 Programme de prévention et de contrôle des infections

Problème de conformité n° 012 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de la disposition 11 du paragraphe 102 (7) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Programme de prévention et de contrôle des infections

Paragraphe 102 (7) Le titulaire de permis veille à ce que le responsable de la prévention et du contrôle des infections désigné en application du paragraphe (5) s'acquitte des responsabilités suivantes au foyer :

11. Il s'assure que soit mis en place un programme d'hygiène des mains conformément aux normes ou protocoles que délivre le directeur en application du paragraphe (2). Ce protocole doit comprendre au moins l'accès à des agents d'hygiène des mains aux divers points de service. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 102 (7).

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

1. Le responsable de la prévention et du contrôle des infections et le GSE doivent élaborer et mettre en œuvre une procédure visant à garantir que du désinfectant pour les mains à base d'alcool à 70-90 % est disponible en tout temps dans les zones communes et sur les lieux de soins, y compris les chariots de médicaments, les chariots de traitement, les chariots de collations et les équipements à usage multiple tels que les tensiomètres.

2. Le responsable de la prévention et du contrôle des infections ou la personne désignée par la direction des soins infirmiers doit effectuer deux fois par semaine, pendant quatre semaines, des vérifications dans chaque zone du foyer pour s'assurer que le désinfectant pour les mains est facilement accessible. Les vérifications doivent faire l'objet d'un compte rendu documenté comprenant le

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 L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

nom de la personne qui a effectué la vérification, la date, l'heure, le lieu, toutes les zones visées, les déficiences constatées et les mesures correctives prises. Ces dossiers doivent être mis à la disposition de l'inspectrice immédiatement sur demande.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le responsable de la prévention et du contrôle des infections désigné en vertu du paragraphe (5) assume les responsabilités suivantes dans le foyer : 11. Il s'assure que soit mis en place un programme d'hygiène des mains conformément aux normes ou protocoles que délivre le directeur en application du paragraphe (2). Ce protocole doit comprendre au moins l'accès à des agents d'hygiène des mains aux divers points de service.

Justification et résumé

Des observations ont été effectuées au cours d'un passage de médicaments dans le foyer. Il a été souligné qu'il n'y avait pas de désinfectant pour les mains sur les chariots de médicaments. L'inspectrice a constaté que l'IAA ne procédait pas à l'hygiène des mains.

Lors d'un entretien avec le responsable de la prévention et du contrôle des infections, ce dernier a déclaré que tous les désinfectants pour les mains avaient été retirés des chariots de médicaments en raison de leur date de péremption. Il a ajouté qu'une nouvelle procédure avait été mise en place, selon laquelle le personnel devait demander du désinfectant pour les mains au personnel d'entretien au besoin.

L'absence de désinfectant pour les mains à base d'alcool sur le lieu de soins a miné le respect par le personnel des exigences en matière d'hygiène des mains et a augmenté le risque d'infection pour les personnes résidentes.

Sources : Observations, entretiens avec le responsable de la prévention et du contrôle des infections, Norme de PCI pour les foyers de soins de longue durée, datée d'avril 2022.

[741746]

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 L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

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

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 008 Cannabis récréatif

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

Non-respect : du paragraphe 142 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Cannabis récréatif

Paragraphe 142 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soient mises en place des politiques et marches à suivre écrites régissant, en ce qui concerne les résidents, la culture, l'obtention, la consommation, l'administration, la possession, l'entreposage et la disposition du cannabis récréatif conformément à toutes les lois applicables, notamment la *Loi sur le cannabis* (Canada), et au *Règlement sur le cannabis* (Canada).

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

1. L'administrateur et le directeur des soins doivent élaborer et mettre en œuvre une politique et une procédure en matière de cannabis à usage récréatif pour les personnes résidentes, conformément aux exigences de la législation.
2. L'ensemble du personnel de soins directs devra recevoir une formation sur la politique et la procédure en matière de cannabis à usage récréatif. Il faudra conserver une trace écrite précisant comment la formation a été dispensée et par qui, qui y a participé, ainsi que les dates et les heures de la formation. Ce dossier de formation doit être mis à la disposition de l'inspectrice immédiatement sur demande.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas élaboré de politique concernant l'administration, la possession, l'entreposage et l'élimination du cannabis à usage récréatif par les personnes résidentes conformément à l'ensemble de la législation applicable, y compris notamment la *Loi sur le cannabis* (Canada) et le *Règlement sur le cannabis* (Canada).

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 L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Justification et résumé

Un RIC a été remis au directeur pour une allégation de mauvais traitements d'ordre verbal à l'égard d'une personne résidente par le personnel, ce qui s'est traduit par l'hospitalisation de la personne résidente en raison d'une diminution de l'état de conscience attribuable à la consommation présumée de capsules de THC (16).

Selon le programme de soins écrit de la personne résidente, cette dernière a des antécédents de comportements réactifs et de consommation connue de cannabis à des fins récréatives.

L'inspectrice a demandé une copie de la politique du foyer en matière de cannabis récréatif, mais aucune n'a été fournie.

Lors d'un entretien avec l'administrateur, celui-ci a reconnu que le foyer n'avait pas de politique en place en ce qui concerne l'administration, la possession, le stockage et l'élimination du cannabis à usage récréatif pour les personnes résidentes.

En omettant de créer et de mettre en œuvre une politique relative au cannabis à usage récréatif à l'égard des personnes résidentes, le titulaire de permis a exposé les personnes résidentes à un risque d'accès involontaire tout en limitant leur droit de posséder du cannabis à usage récréatif en toute sécurité.

Sources : programme de soins de la personne résidente, entretien avec l'administrateur.
[741746]

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 29 juillet 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 L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 009 Embauche du personnel et acceptation de bénévoles

Problème de conformité n° 014 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : du paragraphe 252 (3) du Règl. de l'Ont. 246/22

Embauche du personnel et acceptation de bénévoles

Paragraphe 252 (3) La vérification du dossier de police doit consister en une vérification des antécédents en vue d'un travail auprès de personnes vulnérables visée à la disposition 3 du paragraphe 8 (1) de la *Loi de 2015 sur la réforme des vérifications de dossiers de police* et être effectuée afin, d'une part, d'établir si la personne est apte à devenir un membre du personnel ou un bénévole au foyer de soins de longue durée et, d'autre part, de protéger les résidents contre les mauvais traitements et la négligence.

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

1. L'administrateur doit mettre en place une procédure pour s'assurer qu'une vérification du dossier de police avec vérification de l'habilitation à travailler auprès de personnes vulnérables soit menée pour tout membre du personnel embauché, y compris le personnel d'agences, avant qu'il puisse travailler au foyer. Une copie de cette vérification du dossier de police doit être conservée dans le foyer.
2. L'administrateur ou une personne désignée par la direction doit examiner les dossiers de ressources humaines de tous les membres du personnel embauchés depuis janvier 2023, y compris le personnel d'agences, afin de s'assurer qu'une vérification valide du dossier de police a été effectuée et qu'elle est conservée au foyer. S'il est constaté qu'il manque des contrôles de police, le membre du personnel ou de l'agence en question doit immédiatement demander une vérification de son dossier de police avec vérification de l'habilitation à travailler auprès de personnes vulnérables. Il ne peut pas travailler au foyer tant qu'il n'a pas reçu le document valide.

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 L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

3. Le foyer doit conserver sur place une vérification valide du dossier de police avec vérification de l'habilitation à travailler auprès de personnes vulnérables pour tous les membres du personnel, y compris le personnel intérimaire et tous les bénévoles, et doit mettre ces documents à la disposition de l'inspectrice immédiatement sur demande.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la vérification du dossier de police soit faite avant l'embauche d'un membre du personnel, conformément au paragraphe 81 (2) de la Loi, soit une vérification de l'habilitation à travailler auprès de personnes vulnérables.

Justification et résumé

Selon la définition donnée au paragraphe 80 (2) de la *LRSLD* (2021), on entend par « personnel d'agence » le personnel qui travaille au foyer de soins de longue durée conformément à un contrat que concluent le titulaire de permis et une agence de placement ou un autre tiers. Conformément au paragraphe 81 (3) de la *LRSLD* (2021), un membre du personnel de l'agence est considéré comme étant embauché dès qu'il commence à travailler au foyer.

Le foyer a retenu les services d'un tiers, KGINE, dont le contrat est entré en vigueur le 2 octobre 2023, pour des services de sécurité qui assurent une surveillance individuelle des personnes résidentes. Un examen individuel de la liste du personnel de KGINE fournie par l'administrateur, sans date consignée, a permis d'identifier 77 membres du personnel ayant travaillé au foyer par l'intermédiaire de l'agence de recrutement de personnel de sécurité KGINE.

L'inspectrice a demandé une copie de la vérification du dossier de police avec vérification de l'habilitation à travailler auprès des personnes vulnérables pour le personnel de l'agence de sécurité KGINE qui était présent au foyer lors de l'inspection. Aucun document n'a été fourni à la fin de l'inspection.

L'absence de vérification du dossier de police de l'ensemble du personnel, avec une vérification de l'habilitation à travailler auprès de personnes vulnérables, avant

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 L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

qu'il commence à travailler au foyer, expose les personnes résidentes à un risque de préjudice.

Sources : Examen des dossiers pour les vérifications du dossier de police, liste du personnel de l'agence Kginé, entretien avec l'administrateur.
[741746]

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 30 juillet 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 L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

RENSEIGNEMENTS SUR LA RÉVISION/L'APPEL

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

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

La demande écrite de révision doit comprendre :

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

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

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 L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

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

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

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 L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

l'ordre, de l'APA ou de la décision du directeur qui fait l'objet de l'appel. L'avis d'appel doit être remis à la fois à la CARSS et au directeur.

Commission d'appel et de révision des services de santé

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

Directeur

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

Dès réception, la CARSS accusera réception de votre avis d'appel et vous fournira des instructions concernant la procédure d'appel et d'audience. Le titulaire de permis peut en savoir plus sur la CARSS en consultant le site Web www.hsarb.on.ca.