

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

Date d'émission du rapport : 11 décembre 2024

Numéro d'inspection : 2024-1559-0003

Type d'inspection :

Plainte
Incident critique

Titulaire de permis : Regional Municipality of Durham

Foyer de soins de longue durée et ville : Hillsdale Estates, Oshawa

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 20 au 22 et les 25, 26, 28 et 29 novembre ainsi que les 2 et 3 décembre 2024.

L'inspection concernait :

- Demandes n° 00107070 et n° 00112995 liées à des mauvais traitements d'ordre physique ou verbal envers des personnes résidentes de la part du personnel.
- Demande n° 00107981 liée à des réactions indésirables à des médicaments / un incident lié à des médicaments.
- Demandes n° 00108982 et n° 00112707 liées à des mauvais traitements d'ordre affectif envers des personnes résidentes de la part du personnel.
- Demande n° 00109456 liée à la disparition d'effets personnels d'une personne résidente.
- Demande n° 00116399 liée à une substance contrôlée manquante ou pour laquelle il y a une différence d'inventaire.
- Demande n° 00118182 liée à une plainte portant sur la déclaration des droits des résidents.
- Demandes n° 00125207 et n° 00130161 liées à des éclosions.
- Demande n° 00125780 liée à une plainte portant sur l'administration des médicaments.
- Demande n° 00114049 liée à une chute entraînant une blessure.

L'inspection a permis de fermer les demandes suivantes :

- Demandes n° 00115297 et n° 00116014 liées à des chutes.

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

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

Gestion des médicaments
Prévention et contrôle des infections
Prévention des mauvais traitements et de la négligence
Droits et choix des résidents
Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Déclaration des droits des résidents

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

Non-respect : de la sous-disposition 19 i du paragraphe 3 (1) de la *LRSLD* (2021)

Déclaration des droits des résidents

Paragraphe 3 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au plein respect et à la promotion des droits suivants des résidents :

19. Le résident a le droit :

i. de participer pleinement à l'élaboration, à la mise en œuvre, au réexamen et à la révision de son programme de soins,

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente participe pleinement à l'élaboration, à la mise en œuvre, au réexamen et à la révision de son programme de soins.

Justification et résumé

La personne résidente a été diagnostiquée comme souffrant d'une nouvelle affection qui nécessitait un traitement particulier. Le traitement devait être commencé dans un autre établissement et administré à la personne résidente pendant une période déterminée dans le foyer de soins de longue durée. Un programme de soins a été élaboré par le foyer de soins de longue durée avant le début du traitement.

La personne résidente n'était pas d'accord avec le programme de soins. Elle estimait qu'elle n'avait pas pu participer pleinement à l'élaboration de son programme de soins. Elle a indiqué que le programme de soins avait été rédigé par le foyer de soins de longue durée et qu'il lui avait été remis en s'attendant à ce qu'il soit respecté. La personne résidente a déclaré qu'elle ne comprenait pas la raison

Ministère des Soins de longue duréeDivision des opérations relatives aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée**District du Centre-Est**33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

de certains aspects du programme de soins. De plus, le médecin du centre de traitement n'a pas recommandé ces aspects du programme de soins.

Le directeur des soins a indiqué que le programme de soins avait été élaboré en collaboration avec tous les services du foyer de soins de longue durée ainsi qu'avec des ressources externes, et qu'il avait été présenté à la personne résidente. Le directeur des soins a déclaré que la personne résidente pouvait donner son avis, mais qu'elle ne pouvait pas diriger le programme de soins. Dans une lettre adressée à la personne résidente, le directeur des soins a indiqué que cette dernière devait se conformer au programme tel qu'il était établi, faute de quoi son départ du foyer de soins de longue durée serait envisagé.

La personne résidente a éprouvé une grande détresse émotionnelle et ne s'est pas sentie traitée avec respect lorsqu'elle n'a pas pu participer pleinement à l'élaboration, à la mise en œuvre, à l'examen et à la révision de son programme de soins.

Sources : Notes d'évolution de la personne résidente, programme de soins, documents du foyer de soins de longue durée relatifs à cette plainte, entretiens avec la personne résidente, le directeur des soins et d'autres personnes.

AVIS ÉCRIT : Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

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

Non-respect : du paragraphe 25 (1) de la *LRSLD* (2021)

Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une infirmière auxiliaire autorisée (IAA) et une infirmière autorisée (IA) se conforment à la politique du foyer visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes.

Justification et résumé

Ministère des Soins de longue duréeDivision des opérations relatives aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée**District du Centre-Est**33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Deux personnes résidentes ont signalé à l'infirmière auxiliaire autorisée (IAA) des allégations de mauvais traitements de la part d'une personne préposée au soutien personnel (PSSP). L'infirmière autorisée (IA) a été informée et a demandé à l'IAA d'envoyer un courriel à la direction au sujet des mauvais traitements allégués. Un coordonnateur des soins aux résidents a ouvert une enquête et soumis un rapport d'incident critique trois jours plus tard. Le coordonnateur des soins aux résidents a reconnu que le personnel aurait dû signaler immédiatement les allégations de mauvais traitements au directeur.

La PSSP a continué à travailler dans le foyer de soins de longue durée après l'allégation de mauvais traitements, exposant les personnes résidentes à un risque d'incidents supplémentaires.

Sources : Notes d'évolution de la personne résidente, rapport d'incident critique, notes d'enquête du foyer de soins de longue durée, politique du foyer ADM-01-03-05 sur la prévention, le signalement et les enquêtes en matière de mauvais traitements et de négligence (*Abuse and Neglect – Prevention, Reporting, and Investigation ADM-01-03-05*), révisée pour la dernière fois en décembre 2023, entretien avec le coordonnateur des soins aux résidents n° 109.

AVIS ÉCRIT : Techniques de transfert et de changement de position

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'article 40 du Règl. de l'Ont. 246/22

Techniques de transfert et de changement de position

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 que le personnel utilise des techniques de transfert et de changement de position sécuritaires lorsqu'il aidait une personne résidente.

Justification et résumé

Un rapport d'incident critique soumis par le foyer au directeur indiquait que la personne résidente avait subi un traumatisme crânien lors d'un transfert.

Ministère des Soins de longue duréeDivision des opérations relatives aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée**District du Centre-Est**33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Le rapport d'incident critique indique que la personne résidente était agitée et qu'elle avait essayé de se lever avant qu'on puisse la transférer.

En outre, la politique du foyer en matière d'examen de dépistage des traumatismes crâniens (*Head Injury Routine Policy*) stipule que le personnel infirmier autorisé doit entreprendre un examen de dépistage des traumatismes crâniens lorsqu'un traumatisme crânien est documenté et qu'il doit prendre les signes vitaux toutes les 15 minutes au cours de la première heure. Le rapport d'incident indiquait que l'examen de dépistage des traumatismes crâniens de la personne résidente avait été mis en place 45 minutes après le traumatisme.

Une infirmière autorisée (IA), la personne responsable de la prévention et de la gestion des chutes et un coordonnateur des soins aux résidents ont indiqué que le foyer s'attendait à ce que l'examen de dépistage des traumatismes crâniens soit entrepris au moment du traumatisme et ont reconnu que l'examen avait été retardé de 45 minutes.

Lorsque le transfert a entraîné un traumatisme crânien chez la personne résidente, le fait de ne pas avoir entrepris un examen de dépistage des traumatismes crâniens au moment du traumatisme a représenté un risque pour la personne résidente.

Sources : Rapport d'incident critique, politique n° INTERD-03-01-01 en matière d'examen de dépistage des traumatismes crâniens (*Head Injury Routine Policy #INTERD-03-01-01*) de la municipalité régionale de Durham, révisée en janvier 2024, dossiers de santé clinique de la personne résidente, entretiens avec l'IA, l'IAA/la personne responsable de la prévention et de la gestion des chutes et le coordonnateur des soins aux résidents.

AVIS ÉCRIT : PRÉVENTION ET GESTION DES CHUTES

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

Non-respect : du paragraphe 54 (1) 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

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

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. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 54 (1).

Le titulaire de permis n'a pas respecté son programme de prévention et de gestion des chutes lorsqu'une personne résidente a subi un traumatisme crânien et a fait une chute sans témoin.

Conformément à l'alinéa 11 (1) (b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis doit s'assurer que le programme de prévention et de gestion des chutes prévoit, au minimum, des stratégies visant à diminuer les chutes ou à en atténuer les effets, et que ces stratégies sont respectées. Plus précisément, le personnel autorisé n'a pas respecté la procédure postérieure aux chutes en matière d'examen de dépistage des traumatismes crâniens (*Post Fall Head Injury Routine Procedure*), qui faisait partie du programme de prévention et de gestion des chutes du titulaire de permis.

Justification et résumé

Un rapport d'incident critique a été soumis au directeur pour un incident de chute impliquant la personne résidente, qui a subi une blessure et a été transportée à l'hôpital.

L'examen des notes d'évolution de la personne résidente et des rapports d'incidents de chute a révélé que la personne résidente avait fait une chute avec témoin qui avait entraîné un traumatisme crânien, et qu'elle avait ensuite été envoyée à l'hôpital. Le lendemain, la personne résidente a fait une chute sans témoin.

La politique du foyer en matière de prévention et de gestion des chutes stipulait que les infirmières autorisées (IA) ou les infirmières auxiliaires autorisées (IAA) devaient entreprendre un examen de dépistage des traumatismes crâniens si cela s'imposait sur le plan clinique.

Un examen du dossier de santé clinique de la personne résidente a révélé qu'un examen de dépistage des traumatismes crâniens avait été entrepris après la première chute, mais qu'il n'avait pas été complété. Aucun examen de dépistage des traumatismes crâniens n'a été entrepris après la chute sans témoin survenue le lendemain.

Ministère des Soins de longue duréeDivision des opérations relatives aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée**District du Centre-Est**33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Une IA et la personne responsable de la prévention et de la gestion des chutes ont reconnu que l'examen de dépistage des traumatismes crâniens entrepris n'avait pas été complété et qu'aucun examen de dépistage des traumatismes crâniens n'avait été entrepris après la chute sans témoin survenue le jour suivant. L'IA et la personne responsable de la prévention et de la gestion des chutes ont confirmé que l'examen de dépistage des traumatismes crâniens effectué à la suite de la première chute aurait dû être complété et qu'un nouvel examen de dépistage des traumatismes crâniens aurait dû être entrepris après la chute sans témoin survenue le deuxième jour.

Le fait de ne pas avoir entrepris ou complété un examen de dépistage des traumatismes crâniens après un traumatisme crânien ou une chute sans témoin peut avoir retardé tout traitement nécessaire dans les cas où les résultats de l'examen révèlent un changement de l'état de la personne.

Sources : Notes d'évolution de la personne résidente, rapports d'incidents de chute de la personne résidente, politique n° INTERD-03-08-01 en matière de prévention et de gestion des chutes (*Fall Prevention and Management*) approuvée le 23 février 2022, dossier de santé clinique de la personne résidente et entretien avec l'IA et la personne responsable de la prévention et de la gestion des chutes.

AVIS ÉCRIT : SYSTÈME DE GESTION DES MÉDICAMENTS

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

Non-respect : du paragraphe 123 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Système de gestion des médicaments

Paragraphe 123 (2) Le titulaire de permis veille à ce que des politiques et des protocoles écrits soient élaborés pour le système de gestion des médicaments afin de veiller à ce que tous les médicaments utilisés au foyer soient acquis, préparés, reçus, entreposés, administrés, détruits et éliminés de façon rigoureuse.

Le titulaire de permis n'a pas respecté les politiques et protocoles écrits élaborés pour le système de gestion des médicaments lors de l'administration de médicaments à la personne résidente n° 010.

Conformément à l'article 11 (1) (b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis doit s'assurer que les politiques et les protocoles écrits élaborés pour le système 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

gestion des médicaments garantissent l'administration correcte de tous les médicaments utilisés dans le foyer. Plus précisément, l'IAA n° 108 n'a pas respecté la politique du foyer en matière d'identification des personnes résidentes (*Identification of Resident*) lorsqu'elle a administré un médicament à la personne résidente n° 010 sans avoir vérifié deux identificateurs de la personne résidente.

Justification et résumé

Un rapport d'incident critique a été soumis au directeur concernant un incident lié à des médicaments impliquant la personne résidente n° 010. La personne résidente n° 010 s'est vue administrer les médicaments de la personne résidente n° 011, ce qui a entraîné le transfert de la personne résidente n° 010 à l'hôpital.

Un examen des notes d'évolution de la personne résidente n° 010 et de la section sur l'incident général du rapport d'incident (*Incident Report – General Incident*) indiquait qu'un jour donné, tous les médicaments du matin de la personne résidente n° 011 avaient été administrés à la personne résidente n° 010.

La politique du foyer en matière d'identification des personnes résidentes stipulait que deux identificateurs de personnes résidentes étaient requis avant l'administration des médicaments.

Une infirmière auxiliaire autorisée (IAA) a confirmé qu'elle avait omis de vérifier deux identificateurs de la personne résidente avant d'administrer le médicament, ce qui a eu pour effet d'administrer le médicament à la mauvaise personne résidente.

Le fait de ne pas avoir vérifié les deux identificateurs avant l'administration du médicament a entraîné une erreur de médication et une réaction indésirable au médicament qui a mis en péril le bien-être de la personne résidente n° 010.

Sources : notes d'évolution de la personne résidente n° 010, section sur l'incident général du rapport d'incident (*Incident Report – General Incident*) de la personne résidente n° 010, politique n° : ADM-01-03-02 en matière d'identification des personnes résidentes (*Identification of Resident Policy*), ; approuvée le 9 décembre 2022, et entretien avec l'IAA.

AVIS ÉCRIT : Destruction et élimination des médicaments

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

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

Non-respect : de la disposition 2 du paragraphe 148 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Destruction et élimination des médicaments

Paragraphe 148 (2) La politique de destruction et d'élimination des médicaments doit également prévoir ce qui suit :

2. L'entreposage des substances désignées devant être détruites et éliminées dans un lieu d'entreposage verrouillé à double tour au foyer distinct de celui où sont entreposées celles destinées à être administrées aux résidents, jusqu'à leur destruction et élimination

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une substance désignée d'une personne résidente soit entreposée dans un lieu verrouillé à double tour au foyer jusqu'à ce qu'elle soit détruite et éliminée.

Justification et résumé

Un rapport d'incident critique a été soumis au directeur concernant une substance contrôlée manquante pour la personne résidente, plus précisément son timbre analgésique transdermique.

La politique du foyer en matière de timbres transdermiques prévoit que deux infirmières signent le dossier de médication narcotique du timbre transdermique pour le timbre qui a été retiré, et qu'elles jettent le timbre transdermique périmé dans le réceptacle sécurisé pour les médicaments contrôlés et surveillés, qui est verrouillé à double tour.

Les notes d'enquête du foyer indiquent que l'infirmière attirée au chariot de médicaments a enlevé le vieux timbre et l'a jeté à la poubelle sur le chariot de médicaments et en a appliqué un nouveau.

La personne responsable des médicaments a indiqué que le foyer avait une politique concernant les timbres analgésiques et qu'il fallait les jeter et les détruire en présence de deux membres du personnel; elle a reconnu que le membre du personnel n'avait pas respecté la politique et qu'il ne travaillait plus au foyer.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que la substance contrôlée pour la personne résidente soit entreposée dans un lieu d'entreposage verrouillé à double tour

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

jusqu'à ce que le médicament soit détruit a posé un faible risque que le timbre ait pu être pris dans la poubelle et utilisé.

Sources : Rapport d'incident critique, politique n° INTERD-03-03-16 sur le système de timbre transdermal Fentanyl/Butrans (*Transdermal Patch System [Fentanyl/Butrans]*) de la municipalité de Durham, révisée le 23 février 2022; notes d'enquête du foyer et entretiens avec la personne responsable des médicaments.

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 001 ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS

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 140 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Administration des médicaments

Paragraphe 140 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qu'aucun médicament ne soit utilisé par un résident du foyer ou ne lui soit administré, à moins que le médicament ne lui ait été prescrit. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 140 (1).

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

1. Le directeur des soins ou son représentant doit donner une formation en personne à une infirmière auxiliaire autorisée (IAA) désignée, en mettant l'accent sur l'identification de deux identificateurs de personne résidente, les droits en matière d'administration de médicaments et les politiques et procédures du foyer en matière d'administration sécuritaire de médicaments.
2. Le directeur des soins ou son représentant qui a donné la formation élaborera un test écrit contenant un minimum de 10 questions couvrant les aspects clés de la formation, notamment : l'identification de deux identificateurs de personne résidente, les droits en matière d'administration de médicaments, les politiques et procédures du foyer en matière d'administration sécuritaire de médicaments. L'IAA doit obtenir une note de 90 % ou plus et les résultats doivent être consignés.
3. Le directeur des soins ou son représentant devra effectuer des vérifications auprès de l'IAA une fois par semaine, lors d'un passage prévu pour l'administration des médicaments de cinq personnes résidentes, afin de valider le respect des procédures d'administration des médicaments, y compris l'utilisation correcte de deux identificateurs de personne résidente, les droits en matière d'administration

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

des médicaments et les politiques et procédures du foyer en matière d'administration sécuritaire des médicaments. Les vérifications doivent être effectuées pendant trois semaines. La documentation concernant la vérification doit inclure le nom de la personne chargée de la vérification, la date et l'heure de la vérification, les personnes résidentes observées et toutes les mesures correctives prises pour remédier à la non-conformité identifiée.

4. Toutes les vérifications, les dossiers de formation et l'examen écrit de l'IAA seront conservés et mis à la disposition des inspectrices ou des inspecteurs immédiatement sur demande.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'aucun médicament ne soit administré à la personne résidente n° 010 à moins que le médicament ne lui ait été prescrit.

Justification et résumé

Un rapport d'incident critique a été soumis au directeur concernant un incident lié à des médicaments impliquant la personne résidente n° 010. La personne résidente n° 010 s'est vue administrer les médicaments de la personne résidente n° 011, ce qui a entraîné le transfert de la personne résidente n° 010 à l'hôpital.

Un examen des notes d'évolution de la personne résidente n° 010 et de la section sur l'incident général du rapport d'incident (*Incident Report – General Incident*) indiquait qu'un jour donné, tous les médicaments du matin de la personne résidente n° 011 avaient été administrés à la personne résidente n° 010.

L'examen du dossier de santé clinique de la personne résidente n° 010 a révélé une allergie à un médicament particulier.

L'examen des notes d'évolution de la personne résidente n° 010 et du dossier d'administration des médicaments de la personne résidente n° 011 a révélé que la personne résidente n° 010 s'était vu administrer des médicaments qui ne lui avaient pas été prescrits, notamment un médicament auquel elle est allergique, des médicaments contre l'hypertension, un anticonvulsivant, un antidépresseur, un antinéoplasique et d'autres médicaments.

Un examen des notes d'évolution de la personne résidente n° 010 a révélé une surveillance fréquente des effets indésirables jusqu'à ce que la personne résidente soit transférée à l'hôpital.

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'IAA a confirmé que le jour en question, elle a administré à la personne résidente n° 010 des médicaments qui ne lui avaient pas été prescrits.

Le fait de ne pas avoir prévenu l'administration de médicaments non prescrits à la personne résidente n° 010 a entraîné un risque important de réactions indésirables, notamment une réaction allergique aux médicaments, une dépression respiratoire et une hypotension, avec un risque de conséquences graves ou potentiellement mortelles.

Sources : Notes d'évolution de la personne résidente n° 10, section sur l'incident général du rapport d'incident (*Incident Report – General Incident*) de la personne résidente n° 10, registre d'administration des médicaments de la personne résidente n° 011 et entretien avec l'IAA.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 14 février 2025.

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.

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 L1H 1A1
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 L1H 1A1
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.