

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District de Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage

Hamilton (Ontario) L8P 4Y7

Téléphone : 800 461-7137

Rapport public initial

Date d'émission du rapport : 28 mai 2024

Numéro d'inspection : 2024-1708-0001

Type d'inspection :

Post-occupation

Titulaire de permis : Partners Community Health

Foyer de soins de longue durée et ville : Wellbrook Place West, Mississauga

Inspectrice principale/Inspecteur principal

Michelle Warrener (107)

Signature numérique de l'inspectrice/Signature numérique de l'inspecteur

Autres inspectrices ou inspecteurs

Yuliya Fedotova (632)

Alison Brown (000841)

Parminder Ghuman (706988)

Emmy Hartmann (748)

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 1^{er}, du 4 au 8, du 11 au 14, 18, 19, 21, 22, et du 25 au 27 mars 2024 et du 2 au 4, du 9 au 11, 15, 16, 18, 19, du 22 au 24 avril 2024

L'inspection a eu lieu à distance à la date suivante : 16 avril 2024

L'inspection concernait :

- Le dossier : n° 00110151 Inspection post-occupation

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 de Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
Alimentation, nutrition et hydratation
Prévention et contrôle des infections
Foyer sûr et sécuritaire
Personnel, formation et normes de soins
Rapports et plaintes
Activités récréatives et sociales

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

Problème de conformité corrigé

Un **problème de conformité** a été constaté lors de cette inspection et a été **corrigé** par le titulaire de permis avant la conclusion de l'inspection. L'inspectrice ou l'inspecteur est satisfait que le non-respect fût conforme au paragraphe 154 (2) et ne nécessitait aucune autre mesure à prendre.

Non-respect n° 001 rectifié conformément aux termes du paragraphe 154 (2) de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 12 (1) 1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Portes dans le foyer

Paragraphe 12 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au respect des règles suivantes :

1. Toutes les portes donnant sur un escalier et sur l'extérieur du foyer, à l'exception des portes donnant sur des aires sécuritaires à l'extérieur qui empêchent les résidents de sortir, y compris les balcons et les terrasses, ou des portes auxquelles les résidents n'ont pas accès, doivent être, à la fois :

- i. gardées fermées et verrouillées,
- ii. dotées d'un système de contrôle d'accès sous tension en tout temps,
- iii. dotées d'une alarme sonore qui permet d'annuler les appels uniquement au point d'activation et qui :

A. soit est branchée sur le système de communication bilatérale entre les

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

résidents et le personnel,

B. soit est branchée sur un panneau de contrôle audiovisuel qui lui-même est branché sur le poste infirmier le plus près de la porte et muni d'un interrupteur de réarmement manuel à chaque porte.

Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au respect des règles suivantes : 1. La porte de sortie principale menant à l'extérieur du foyer empêchait la sortie d'une personne résidente, c'est-à-dire qu'elle devait être maintenue fermée et verrouillée.

Justification et résumé

La porte coulissante principale, menant à l'extérieur du foyer, n'était pas verrouillée.

Le ou la gestionnaire des opérations des installations et services de soutien du foyer a indiqué que la porte était en mode « fermeture automatique », ce qui signifie qu'elle n'était pas verrouillée.

La directrice générale du foyer a indiqué que le foyer allait mettre en place une solution permanente pour le verrouillage de la porte, solution qui avait déjà été approuvée. La nouvelle solution prendrait la forme de l'installation d'un système de clavier ou de pointage pour la porte coulissante de l'entrée principale.

Le 9 avril 2024, il a été constaté que la porte coulissante de l'entrée principale était verrouillée en permanence et que les visiteurs, qui entraient et sortaient du bâtiment, saisissaient un code dans un système de clavier ou de pointage ou communiquaient avec le ou la réceptionniste.

Sources : les observations; l'entretien avec le ou la gestionnaire des opérations des installations et des services de soutien et la directrice générale.

[632]

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Date de la rectification apportée : 9 avril 2024

AVIS ÉCRIT : Selon l'évaluation de la personne résidente

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

Non-respect du : paragraphe 6 (2) de la LRSLD (2021)

Programme de soins

Paragraphe 6 (2) Le titulaire de permis veille à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fondés sur une évaluation du résident et de ses besoins et préférences.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins d'une personne résidente soient fondés sur son évaluation, sur ses besoins et ses préférences en matière de bain.

Justification et résumé :

Une personne résidente a déclaré qu'elle préférerait prendre un bain dans une baignoire, mais sa toilette a été faite au lit. Le programme de soins de la personne résidente indiquait que celle-ci préfère prendre une douche.

Une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) a déclaré qu'elle effectuait systématiquement la toilette de la personne résidente au lit, car elle n'était pas certaine que celle-ci ait la capacité physique requise pour prendre un bain dans une baignoire. L'infirmier autorisé ou l'infirmière autorisée (IA) a déclaré qu'il ou elle savait que la personne résidente préférerait prendre un bain dans une baignoire, mais qu'elle n'était pas certaine que la personne résidente ait la capacité physique requise pour prendre un bain. L'IA a reconnu qu'aucune évaluation n'avait été effectuée pour déterminer si la personne résidente avait la capacité physique requise pour prendre un bain.

Le programme de soins de la personne résidente n'était pas basé sur une évaluation

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

de ses capacités physiques et de ses préférences en matière de bain.

Sources : l'entretien avec une personne résidente, une PSSP, un ou une IA, les saisies relatives au bain dans l'outil Point Click Care (PCC); le programme de soins, les notes d'évolution et les aiguillages vers la physiothérapie et les évaluations en physiothérapie.

[107]

AVIS ÉCRIT : Cas où une réévaluation et une révision sont nécessaires

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

Non-respect de : l'alinéa 6 (10) b) de la LRSLD (2021)

Programme de soins

Paragraphe 6 (10) Le titulaire de permis veille à ce que le résident fasse l'objet d'une réévaluation et à ce que son programme de soins soit réexaminé et révisé tous les six mois au moins et à tout autre moment lorsque, selon le cas :

b) les besoins du résident en matière de soins évoluent ou les soins prévus dans le programme ne sont plus nécessaires,

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente fasse l'objet d'une réévaluation et à ce que son programme de soins soit réexaminé et révisé lorsque ses besoins en matière de soins ont changé en ce qui concerne les changements de position, le service des repas et la mobilité.

Justification et résumé :

L'état de santé d'une personne résidente a changé et a nécessité une aide supplémentaire de la part du personnel.

a) La personne résidente a fait part à l'inspectrice de son inquiétude quant au fait qu'elle avait besoin d'une aide totale pour se tourner et pour changer de position et

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

que le personnel ne l'aidait pas à le faire depuis le changement de son état de santé. La personne résidente a déclaré qu'elle souffrait de douleurs parce qu'elle ne changeait pas de position.

Une PSSP a déclaré que si une personne résidente avait besoin de se tourner et de changer de position régulièrement, cela serait ajouté aux tâches du point de service, ce qui permettrait de signaler ce besoin à la PSSP qui prodigue les soins à la personne résidente. Les tâches au point de service relatives à la personne résidente n'ont pas été mises à jour pour inclure les besoins périodiques de la tourner et de la changer de position.

L'IA a confirmé que la personne résidente avait désormais besoin d'une aide totale pour se tourner et pour changer de position et a reconnu que le programme de soins de la personne résidente n'avait pas été révisé pour indiquer la nécessité de la tourner et de la changer davantage de position.

b) Le programme de soins de la personne résidente indique que celle-ci utilise un appareil fonctionnel. L'IA a indiqué que la personne résidente n'utilisait plus l'appareil fonctionnel et a reconnu que le programme de soins n'avait pas été révisé pour indiquer le changement de l'état de santé de la personne résidente.

c) Les besoins de la personne résidente en matière de repas ont changé. Le programme de soins de la personne résidente ne reflétait pas le changement de ses besoins en matière de repas. L'infirmier auxiliaire autorisé ou l'infirmière auxiliaire autorisée (IAA) a indiqué que la modification des besoins en matière de repas aurait dû être incluse dans le programme de soins de la personne résidente. L'aide en diététique a également confirmé que le changement n'avait pas été inclus dans le programme informatique Dietary Meal Suite pour la personne résidente.

d) Les besoins de la personne résidente en matière de transfert ont changé. Le ou la physiothérapeute a effectué une évaluation et a reconnu que le programme de soins de la personne résidente n'avait pas été révisé pour refléter le changement.

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District de Hamilton119, rue King Ouest, 11^e étage

Hamilton (Ontario) L8P 4Y7

Téléphone : 800 461-7137

Le fait que le programme de soins n'ait pas été révisé à la suite d'un changement de l'état de santé de la personne résidente n'a pas permis au personnel de bien comprendre les besoins en matière de soins.

Sources : l'entretien avec la personne résidente, deux IAA, un ou une IA, une aide en diététique, un ou une physiothérapeute; le dossier clinique de la personne résidente, y compris le programme de soins et les dossiers du point de service, la politique en matière de repas, l'index I.D. C011, date d'entrée en vigueur : mai 1995, date de révision : décembre 2023.

[107]

AVIS ÉCRIT : Cas où une réévaluation et une révision sont nécessaires

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

Non-respect de : l'alinéa 6 (10) c) de la LRSLD (2021)

Programme de soins

Paragraphe 6 (10) Le titulaire de permis veille à ce que le résident fasse l'objet d'une réévaluation et à ce que son programme de soins soit réexaminé et révisé tous les six mois au moins et à tout autre moment lorsque, selon le cas : c) les soins prévus dans le programme se sont révélés inefficaces.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente fasse l'objet d'une réévaluation et à ce que son programme de soins soit réexaminé et révisé lorsque les soins prévus dans le programme se sont révélés inefficaces.

Justification et résumé :

Le programme de soins d'une personne résidente indique que celle-ci a besoin de l'aide du personnel pour se tourner et pour changer de position toutes les deux heures.

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

La personne résidente a déclaré que le personnel ne la tournait pas et ne la changeait pas régulièrement de position, mais les PSSP ont indiqué que la personne résidente refusait d'être tournée et de changer de position. Le programme de soins de la personne résidente concernant le retournement et le changement de position n'a pas été révisé et d'autres stratégies pour le soulagement des points de pression n'ont pas été définies dans le programme de soins de la personne résidente à ce moment-là. La personne résidente avait développé une zone d'altération de l'intégrité épidermique et elle a fait part de sa douleur à l'inspectrice. La directrice des soins infirmiers a déclaré que si une personne résidente refusait de se tourner et de changer de position, elle devait faire l'objet d'une réévaluation et d'autres stratégies devaient être incluses dans son programme de soins.

Sources : l'entretien avec une personne résidente, trois PSSP, la DSI, le dossier médical de la personne résidente, y compris les notes d'évolution, les évaluations et le programme de soins. [107]

AVIS ÉCRIT : Responsable de la prévention et de contrôle des infections

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

Non-respect du : paragraphe 23 (4) de la LRSLD (2021)

Programme de prévention et de contrôle des infections

Paragraphe 23 (4) Sauf dans la mesure que prévoient les règlements, le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer se dote d'un responsable de la prévention et du contrôle des infections principalement chargé du programme de prévention et de contrôle des infections du foyer.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer dispose d'un ou d'une responsable de la prévention et du contrôle des infections (PCI) principalement chargé du programme de prévention et de contrôle des infections du foyer.

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Justification et résumé :

Le ou la responsable de la PCI a quitté son poste en janvier 2024. La directrice générale a déclaré qu'elle recrutait pour le poste permanent de responsable de la PCI au moment de l'inspection. La coordonnatrice de la PCI a déclaré qu'elle occupait toujours son poste de coordonnatrice de la PCI tout en remplissant certaines des fonctions de la personne qui a quitté le poste de responsable de la PCI. La coordonnatrice de la PCI a déclaré qu'elle n'avait pas reçu de description de tâches du responsable de la PCI décrivant toutes les tâches requises de ce dernier.

Sources : l'entretien avec la coordonnatrice de la PCI, la directrice générale, la liste des personnes-ressources pour les opérations de Wellbrook Place (Ouest).

[107]

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité n° 007 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : l'alinéa 29 (4) a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programme de soins

Paragraphe 29 (4) Le titulaire de permis veille à ce qu'un diététiste agréé qui fait partie du personnel du foyer :

(a) effectue une évaluation nutritionnelle pour tous les résidents au moment de leur admission et chaque fois qu'un changement important se produit dans l'état de santé d'un résident;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le diététiste professionnel ou la diététiste professionnelle du foyer effectue une évaluation nutritionnelle pour une personne résidente lorsqu'il y a eu un changement important dans l'état de santé 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 de Hamilton119, rue King Ouest, 11^e étage

Hamilton (Ontario) L8P 4Y7

Téléphone : 800 461-7137

cette dernière.

Justification et résumé :

La personne résidente a connu un changement important de son état de santé, ce qui a entraîné des modifications de son régime alimentaire.

La personne résidente a déclaré à l'inspectrice qu'elle n'aimait pas les modifications apportées à son régime alimentaire et qu'elle ne mangeait plus à cause de celles-ci. La personne résidente a déclaré qu'elle avait demandé à plusieurs reprises à parler au ou à la diététiste, sans succès. L'IAA a également déclaré que la personne résidente mangeait peu depuis cette modification.

La politique du foyer stipule que le diététiste professionnel ou la diététiste professionnelle doit veiller à ce que toutes les demandes soient traitées dans un délai d'une semaine. Un aiguillage vers le diététiste professionnel ou la diététiste professionnelle a été effectué, mais la personne résidente n'a pas été vue par le ou la diététiste dans les délais prévus. Le diététiste professionnel ou la diététiste professionnelle du foyer a déclaré qu'il était difficile de respecter le délai d'une semaine en raison du nombre de nouvelles admissions à ce moment-là.

Il a été déterminé que la personne résidente présentait un risque nutritionnel élevé et a subi une perte de poids importante après le changement de son état de santé.

Sources : l'entretien avec la personne résidente, l'IAA, deux diététistes professionnels; le dossier médical clinique de la personne résidente, y compris les notes d'évolution, les aiguillages, les évaluations, les relevés de poids et les relevés de prise de nourriture et de liquides, la politique relative à l'aiguillage vers le diététiste professionnel ou la diététiste professionnelle, numéro de référence : NUR-3.4, version 1, 1^{er} octobre 2023. [107]

AVIS ÉCRIT : Exigences générales

Problème de conformité n° 008 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 34 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Exigences générales

Paragraphe 34 (2) Le titulaire de permis veille à ce que les mesures prises à l'égard d'un résident dans le cadre d'un programme, notamment les évaluations, les réévaluations, les interventions et les réactions du résident aux interventions, soient documentées.

A) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que toutes les mesures prises à l'égard d'une personne résidente dans le cadre du programme de soins infirmiers, y compris les évaluations, les réévaluations, les mesures d'intervention et les réactions de la personne résidente aux mesures d'intervention, soient documentées.

Justification et résumé :

Une personne résidente devait prendre un bain deux fois par semaine. La prise de bain n'a pas été consignée dans les registres relatifs aux bains du point de service à deux dates consécutives prévues pour la prise de bain. Une PSSP a déclaré avoir fait la toilette au lit le matin de la première date manquante et une deuxième PSSP a déclaré avoir aidé la personne résidente à prendre son bain lors de la deuxième date manquante. Les documents ne reflétaient pas les soins prodigués à la personne résidente.

Sources : les entrées relatives à la prise de bain au dossier d'une personne résidente au point de service, l'entretien avec deux PSSP. [107]

B) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que toutes les mesures prises à l'égard d'une personne résidente dans le cadre du programme de soins infirmiers, y compris les évaluations, les réévaluations, les mesures d'intervention et les réactions de la personne résidente aux mesures d'intervention, soient documentées.

Justification et résumé :

Le programme de soins d'une personne résidente indiquait que deux employés doivent l'aider à se tourner et à changer de position toutes les deux heures. La

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District de Hamilton119, rue King Ouest, 11^e étage

Hamilton (Ontario) L8P 4Y7

Téléphone : 800 461-7137

personne résidente a déclaré que le personnel ne la tournait pas et ne l'aidait pas à changer régulièrement de position, mais les PSSP ont déclaré que la personne résidente refusait de se faire tourner et de changer de position. La personne résidente avait développé une zone d'altération de l'intégrité épidermique et elle a fait part de sa douleur à l'inspectrice.

La directrice des soins infirmiers a déclaré que si une personne résidente refusait de se tourner et de changer de position, le personnel devait consigner ce refus dans les tâches du point de service. Une PSSP a déclaré qu'elle ne documentait pas les refus de soins au point de service. La documentation au point de service concernant le retournement et le changement de position indiquait « sans objet » pour la plupart des entrées relatives au soutien fourni par le personnel pour le retournement et le changement de position et aucun refus n'y était documenté.

Quand le personnel n'a pas documenté les refus de soins, il était difficile de savoir si les soins ont été prodigués ou refusés.

Sources : l'entretien avec une personne résidente, trois PSSP, la DSI; les dossiers au point de service et dans l'outil PCC concernant le retournement et le changement de position, les notes d'évolution relatives à l'altération de la peau [107]

AVIS ÉCRIT : Services infirmiers et services de soutien personnel

Problème de conformité n° 009 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : l'alinéa 35 (3) (d) du Règl. de l'Ont. 246/22

Services de soins infirmiers et services de soutien personnel

Paragraphe 35 (3) Le plan de dotation en personnel doit : d) comprendre un plan d'urgence pour la dotation en personnel des soins infirmiers et des soins personnels pour parer aux situations où le personnel, notamment le personnel qui doit fournir les soins infirmiers qu'exige le paragraphe 11 (3) de la Loi, est incapable de se présenter au travail;

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le plan de dotation en personnel écrit du foyer pour le programme de soins infirmiers et de soins personnels comprenne un plan d'urgence pour parer aux situations où le personnel, notamment le personnel qui doit fournir les soins infirmiers qu'exige le paragraphe 11 (3) de la Loi, est incapable de se présenter au travail.

Justification et résumé :

Le plan écrit de dotation en personnel pour le programme de soins infirmiers et de soins personnels prévoyait cinq personnes préposées aux services de soutien personnel, deux infirmiers auxiliaires autorisés ou infirmières auxiliaires autorisées et un infirmier autorisé ou une infirmière autorisée par aire du foyer. La directrice des soins infirmiers (DSI) a confirmé qu'il était en vigueur au moment de l'inspection.

La DSI a indiqué que son plan d'urgence en matière de personnel prévoyait le déplacement de personnel interne au sein du bâtiment ou la mise à disposition de personnel intérimaire lorsque le nombre de PSSP était inférieur à trois et que le nombre d'IA était inférieur à deux par aire du foyer. Le coordonnateur ou la coordonnatrice des horaires a déclaré que chaque aire du foyer était censée disposer d'au moins quatre PSSP et d'au moins un membre du personnel autorisé.

La DSI n'a pas été en mesure de fournir un plan d'urgence écrit définissant clairement les mesures à prendre en cas de pénurie de personnel.

Sources : l'entretien avec la DSI, le coordonnateur ou la coordonnatrice du personnel, la documentation de la DSI relative au plan d'urgence écrit en matière de personnel, les horaires de travail. [107]

AVIS ÉCRIT : Bain

Problème de conformité n° 010 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Non-respect du : paragraphe 37 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22**Bain**

Paragraphe 37 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque résident du foyer prenne un bain au moins deux fois par semaine en utilisant la méthode de son choix ou plus souvent compte tenu de ses besoins en matière d'hygiène, sauf si la chose est contre-indiquée en raison d'un état pathologique.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que chaque personne résidente du foyer prenne un bain au moins deux fois par semaine en utilisant la méthode de son choix ou plus souvent compte tenu de ses besoins en matière d'hygiène, sauf si la chose est contre-indiquée en raison d'un état pathologique.

Justification et résumé :

Le système informatique du point de service ne contenait aucune documentation relative à la prise de bain pour cinq personnes résidentes dont le bain ou la douche était prévu à une date donnée. Deux PSSP, qui travaillaient ce jour-là, ont déclaré qu'elles n'étaient pas en mesure de donner le bain aux personnes résidentes et qu'elles n'étaient pas en mesure de consigner les données au système du point de service en raison du manque de personnel. L'horaire du personnel pour la date en question indiquait la présence de trois PSSP, mais ces dernières ont déclaré que seules deux PSSP étaient présentes lors de ce quart de travail. Le plan de dotation en personnel du foyer prévoyait cinq PSSP pour le quart de travail.

La directrice des soins infirmiers a déclaré que le personnel devait faire en sorte que les bains et les douches n'ayant pas été pris le soient lors du prochain quart de travail ou le jour suivant et que cela soit consigné dans un dossier « au besoin ». Les documents des cinq personnes résidentes n'indiquaient pas que le bain devait être pris lors du quart de travail suivant ou le lendemain.

Sources : les dossiers du point de service et les notes d'évolution de cinq personnes résidentes, l'entretien avec deux PSSP, le coordonnateur ou la coordonnatrice du personnel, la DSI, l'horaire du personnel. [107]

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

AVIS ÉCRIT : Programme d'activités récréatives et sociales

Problème de conformité n° 011 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 71 (2) c) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programme d'activités récréatives et sociales

Paragraphe 71 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le programme comprenne ce qui suit :

(c) des activités récréatives et sociales avec une gamme d'activités de loisirs et de détente ainsi que des sorties qui sont offertes tant à l'intérieur qu'à l'extérieur et dont la fréquence et le type bénéficient à tous les résidents et tiennent compte de leurs intérêts;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme des activités récréatives et sociales comprenne une gamme d'activités de loisirs et de détente ainsi que des sorties qui sont offertes tant à l'intérieur qu'à l'extérieur et dont la fréquence et le type bénéficient à toutes les personnes résidentes et tiennent compte de leurs intérêts.

Justification et résumé :

Deux personnes résidentes et un membre de leur famille se sont inquiétés des lacunes du programme de loisirs.

L'évaluation des loisirs lors de l'admission d'une personne résidente a permis de déterminer les activités précises de la personne résidente auxquelles elle avait participé avant son admission au foyer et qui étaient liées à ses intérêts. L'aide en récréologie a déclaré que le matériel nécessaire aux activités était disponible dans le foyer et que les activités pouvaient être organisées, mais que ces intérêts n'avaient pas été inclus dans le programme de loisirs de l'étage.

Selon le calendrier des programmes de loisirs pour avril 2024, les mêmes

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District de Hamilton119, rue King Ouest, 11^e étage

Hamilton (Ontario) L8P 4Y7

Téléphone : 800 461-7137

programmes sont proposés chaque jour de la semaine et il y a peu de variations tout au long du mois. L'aide en récréologie a déclaré que le programme était actuellement limité par le personnel, la disponibilité du matériel et l'espace restreint de la salle de loisirs.

L'aide en récréologie a déclaré qu'il y avait actuellement une aide en récréologie pour deux aires du foyer et que toutes les personnes résidentes qui souhaitaient participer aux programmes ne pouvaient pas le faire en raison de l'espace limité de la salle de loisirs. Le directeur adjoint ou la directrice adjointe des programmes a déclaré que des espaces plus vastes étaient accessibles pour les programmes si d'autres personnes résidentes souhaitaient y participer et que les programmes n'auraient pas dû être limités en fonction de la grandeur des salles.

Sources : le calendrier des loisirs d'avril 2024; l'entretien avec deux personnes résidentes et un membre de leur famille, une aide en récréologie, le directeur adjoint ou la directrice adjointe des programmes; l'évaluation des loisirs d'une personne résidente réalisée lors de son admission. [107]

AVIS ÉCRIT : Planification des menus

Problème de conformité n° 012 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 77 (3) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Planification des menus

Paragraphe 77 (3) Le titulaire de permis veille à ce que soient offerts à chaque résident au moins :

(b) une boisson entre les repas le matin et l'après-midi et une boisson le soir après le dîner;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que chaque personne résidente se voie offrir une boisson entre les repas le matin.

Justification et résumé :

À une date donnée, le système informatique du point de service examiné dans une

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

aire foyer ne contenait aucun document relatif à la distribution de boissons le matin pour cinq personnes résidentes. Deux PSSP, qui travaillaient ce jour-là, ont déclaré qu'elles n'étaient pas en mesure de distribuer les boissons du matin aux personnes résidentes et qu'elles n'étaient pas en mesure de consigner les données dans le système du point de service en raison du manque de personnel. L'horaire du personnel mentionnait la présence de trois PSSP, mais les deux PSSP ont déclaré qu'elles n'étaient que deux à travailler lors de ce quart de travail. Le plan de dotation en personnel du foyer prévoyait cinq PSSP pour le quart de travail.

Sources : les dossiers du point de service et les notes d'évolution de cinq personnes résidentes, l'entretien avec deux PSSP, le coordonnateur ou la coordonnatrice du personnel, la DSI, l'horaire du personnel. [107]

AVIS ÉCRIT : Planification des menus

Problème de conformité n° 013 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 77 (4) du Règl. de l'Ont. 246/22

Planification des menus

Paragraphe 77 (4) Le titulaire de permis veille à ce que les choix indiqués au menu planifié soient offerts et disponibles à chaque repas et collation. Paragraphe 390 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les choix indiqués au menu planifié soient offerts et disponibles aux personnes résidentes lors d'un repas de midi ayant fait l'objet d'une observation.

Justification et résumé :

Lors du service de repas de midi, les personnes résidentes ne se sont pas vu offrir de lait avec leur repas dans la salle à manger et aucune des personnes résidentes qui faisaient l'objet d'une observation et qui recevaient un plateau-repas n'a reçu 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 de Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

lait. Une personne résidente, qui reçoit régulièrement des plateaux-repas, a déclaré qu'on ne lui offrait du lait qu'au déjeuner, mais qu'elle en boirait si on lui en offrait au dîner et au souper. Lors de l'observation du repas, la personne résidente n'a pas reçu de lait sur son plateau-repas. Le ou la gestionnaire des services diététiques a déclaré que le lait faisait partie du menu prévu pour le déjeuner, le dîner et le souper.

Le fait que le lait ne soit pas offert aux personnes résidentes conformément au menu prévu peut entraîner un déficit des besoins quotidiens en vitamine D et en calcium.

Sources : l'observation du service des repas; l'entretien avec le ou la gestionnaire des services diététiques, l'entretien avec une personne résidente, politique relative au nombre suggéré de boissons offertes par jour (Suggested Daily Beverage Provision) index I.D. C015, date d'entrée en vigueur : mai 1995, date de révision : janvier 2022. [107]

AVIS ÉCRIT : Planification des menus

Problème de conformité n° 014 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : paragraphe 77 (6) du Règl. de l'Ont. 246/22

Planification des menus

Paragraphe 77 (6) Le titulaire de permis veille à ce qu'un menu personnalisé soit élaboré pour chaque personne résidente dont les besoins ne peuvent être satisfaits par le cycle de menus du foyer [traduction]. Paragraphe 390 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un menu personnalisé soit élaboré pour une personne résidente dont les besoins ne pouvaient être satisfaits par le cycle de menus du foyer. Il a été établi que la personne résidente présentait un risque nutritionnel élevé.

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District de Hamilton119, rue King Ouest, 11^e étage

Hamilton (Ontario) L8P 4Y7

Téléphone : 800 461-7137

Justification et résumé :

Le programme de soins d'une personne résidente indiquait que celle-ci avait des restrictions alimentaires et la personne résidente a déclaré qu'elle ne mangeait pas bien, car elle n'aimait pas les choix de repas ou que les choix n'étaient pas adaptés à ses restrictions.

La personne résidente a déclaré qu'elle n'aimait pas certains aliments. Le ou la gestionnaire du service d'alimentation était au courant des préférences de la personne résidente, mais l'article est resté au menu de la personne résidente pour plusieurs repas au cours de plusieurs semaines et n'avait pas été modifié dans le système informatisé. La personne résidente a également exprimé son aversion pour un aliment différent; cependant, cet aliment était régulièrement proposé lors des repas et constituait souvent la seule option disponible pour la personne résidente.

Une PSSP a déclaré que la personne résidente n'avait souvent qu'un seul choix de repas en raison de ses restrictions. À une date donnée, le système informatisé Meal Suite ne comportait qu'un seul choix d'entrée et il s'agissait d'un plat que la personne résidente n'aimait pas. La PSSP a déclaré que la personne résidente n'avait pas mangé de plat principal lors du repas et qu'elle n'avait pas demandé à la cuisine de lui proposer un autre choix. Les dossiers de prise de nourriture pour ce repas indiquent que la personne résidente a consommé un repas complet. La PSSP a déclaré qu'elle notait la prise de nourriture en fonction de ce que la personne résidente consommait par rapport à ce qui était prévu dans le menu. Le ou la Dt.P. a indiqué que le personnel devait noter la prise de nourriture en fonction du menu prévu. La documentation ne reflétait pas la faible quantité de nourriture consommée par la personne résidente.

Le ou la gestionnaire des services diététiques a déclaré que le menu en place n'était pas personnalisé pour la personne résidente. Il ou elle a déclaré qu'un menu individualisé aurait dû être mis en place pour la personne résidente en fonction de ses restrictions et de ses préférences alimentaires.

Il n'existait pas de menu individualisé permettant de s'assurer que la personne

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District de Hamilton119, rue King Ouest, 11^e étage

Hamilton (Ontario) L8P 4Y7

Téléphone : 800 461-7137

résidente se voyait proposer une variété d'aliments et que des choix de menus appropriés étaient planifiés, préparés et disponibles pour la personne résidente lors des repas, conformément à ses restrictions et à ses préférences alimentaires.

Sources : l'entretien avec une personne résidente, un ou une gestionnaire des services alimentaires, un ou une Dt.P., deux PSSP, les observations du système de commande informatisé Meal Suite, les registres de prise de nourriture et de liquide d'une personne résidente. [107]

AVIS ÉCRIT : Service de restauration et de collation

Problème de conformité n° 015 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 79 (1) 7) du Règl. de l'Ont. 246/22

Service de restauration et de collation

Paragraphe 79 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer offre un service de restauration et de collation qui comprend au minimum les éléments suivants :

7. Service de repas plat par plat pour chaque résident, sauf sur indication contraire du résident ou des besoins évalués du résident.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer dispose d'un service de restauration qui comprenne un service de repas plat par plat pour chaque personne résidente, sauf sur indication contraire de la personne résidente ou de l'évaluation des besoins de la personne résidente.

Justification et résumé :

Lors de l'observation d'un repas du midi, le repas n'a pas été servi aux personnes résidentes plat par plat. Les entrées étaient placées sur les tables alors que les personnes résidentes n'avaient pas terminé leur soupe et les desserts étaient placés sur les tables alors que les personnes résidentes étaient encore en train de consommer leurs entrées ou leur soupe. Les personnes résidentes interrogées n'ont

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

pas demandé à ce que les différents aliments soient servis en même temps. Une PSSP a reconnu que le repas n'était pas servi plat par plat.

La politique du foyer exige que le personnel serve les repas plat par plat, en débarrassant la vaisselle entre les plats, sauf indication contraire dans les programmes de soins des personnes résidentes. Le ou la gestionnaire des services d'alimentation a confirmé qu'aucune personne résidente de ce foyer n'avait besoin que ses repas soient servis autrement que plat par plat, dans le cadre de son programme de soins.

Sources : l'observation des repas, l'entretien avec une PSSP, le ou la gestionnaire du service d'alimentation, la politique relative au service des repas dans la salle à manger (Meal Service in the Dining Rooms Index I.D. C010), date d'entrée en vigueur : mai 1995, date de révision : janvier 2022.

AVIS ÉCRIT : Gestion des plaintes

Problème de non-conformité n° 016 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 108 (2) (e) du Règl. de l'Ont. 246/22

Traitement des plaintes

Paragraphe 108 (2) Le titulaire de permis veille à ce que soit tenu au foyer un dossier documenté où figurent notamment les renseignements suivants

(e) chaque date à laquelle une réponse a été donnée à l'auteur de la plainte et une description de la réponse;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer tienne un dossier documenté comprenant chaque date à laquelle une réponse a été donnée à l'auteur de la plainte et une description de la réponse.

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Justification et résumé :

Le foyer a reçu une plainte concernant une personne résidente. La DSI et le directeur adjoint ou la directrice adjointe des soins infirmiers ont déclaré qu'ils avaient tous deux donné une réponse à l'auteur de la plainte, mais il n'existait aucun document permettant de déterminer les dates auxquelles les réponses ou la description de la réponse avaient été données à l'auteur de la plainte. La DSI a reconnu que le formulaire de plainte du foyer, qui comprenait un espace pour consigner la date et la réponse donnée à l'auteur de la plainte, n'avait pas été rempli et n'avait pas été signé conformément à la politique du foyer.

Sources : entretien avec la DSI, le directeur adjoint ou la directrice adjointe des soins infirmiers, le registre des plaintes du foyer. [107]

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 001 Portes dans le foyer

Problème de conformité n° 017 Ordre aux termes de l'alinéa 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 12 (1) 3) du Règl. de l'Ont. 246/22

Portes dans le foyer

Paragraphe 12 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au respect des règles suivantes :

3. Toutes les portes donnant sur les aires non résidentielles doivent être dotées de verrous pour empêcher leur accès non supervisé par les résidents. Elles doivent être gardées fermées et verrouillées quand elles ne sont pas supervisées par le personnel.

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

Le titulaire de permis doit :

- veiller à ce que toutes les portes donnant sur des aires non résidentielles dans toutes les aires du foyer soient gardées fermées et verrouillées lorsqu'elles ne sont pas supervisées par le personnel.

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

- effectuer des vérifications de routine, à la fréquence déterminée par le foyer, de toutes les portes donnant sur des aires non résidentielles dans toutes les aires du foyer pour s'assurer qu'elles sont verrouillées lorsqu'elles ne sont pas supervisées et qu'elles fonctionnent correctement.
- documenter les résultats des vérifications, y compris les portes qui ont fait l'objet d'une vérification, les mesures correctives prises, le cas échéant et les noms des membres du personnel qui ont effectué la vérification.
- former le personnel travaillant dans toutes les aires du foyer à la nécessité de verrouiller toutes les portes donnant sur des aires non résidentielles.
- documenter la formation du personnel, y compris les noms des membres du personnel qui y ont participé, les dates auxquelles la formation a été dispensée et le nom du membre du personnel qui l'a dispensée.

Raisons

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que toutes les portes donnant sur des aires non résidentielles soient gardées fermées et verrouillées lorsqu'elles ne sont pas supervisées par le personnel.

Justification et résumé :

Les portes des toilettes du personnel étaient ouvertes et non verrouillées et l'inspectrice pouvait y accéder. Les portes n'étaient pas sécurisées et n'étaient pas supervisées par le personnel. Une PSSP a déclaré que la porte d'une salle de bains ne se fermait pas correctement, à moins de tirer très fort. Aucune demande d'entretien de cette porte n'a été trouvée.

La porte d'une dépense a été laissée ouverte et n'était pas supervisée par le personnel. L'inspectrice a pu entrer dans la dépense où des puits de vapeur chaude et un four étaient allumés et dans l'aire réservée au lavage de la vaisselle où 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 de Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

distributeur d'eau chaude et des produits chimiques dangereux étaient accessibles. Une aide en diététique a déclaré que les portes devaient être verrouillées à moins que le personnel ne se trouve dans la dépense.

Les portes d'un local d'entretien ménager sale, d'un local électrique et d'un local des médicaments ou d'une pharmacie étaient fermées; toutefois, les portes n'étaient pas verrouillées et l'inspectrice pouvait y accéder sans utiliser de carte magnétique ou de clé. Un ou une IAA a tenté d'ouvrir et de fermer la porte de la salle des médicaments à plusieurs reprises avec l'inspectrice et a confirmé que la porte ne se verrouillait pas.

Des membres du personnel avaient inséré du papier dans le mécanisme de verrouillage pour empêcher les portes des vestiaires du personnel et d'un local d'entretien ménager sale de se verrouiller. Le personnel n'était pas présent dans ces aires au moment des observations. Une PSSP a déclaré que le personnel n'était pas censé faire cela, car il s'agissait d'une mesure de sécurité et que les personnes résidentes pouvaient accéder à l'aire.

Le directeur ou la directrice des opérations et des services de soutien a confirmé que les salles de spa, les toilettes du personnel et les portes des aires réservées au personnel dans les unités devaient être gardées verrouillées et que le personnel ne devait pas utiliser de papier pour empêcher les portes de se verrouiller.

Sources : les observations lors des visites; les observations de la dépense, les entretiens avec deux PSSP, une aide en diététique, le ou la gestionnaire des opérations et des services de soutien, les dossiers de demande d'entretien concernant les portes. [107]

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le : 5 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 de Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

**ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 002 Programmes de soins
alimentaires et d'hydratation**

Problème de conformité n° 018 ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154 (1) 2) de la LRSLD (2021)

Non-respect du : sous-alinéa 74 (2) (e) (i) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programmes de soins alimentaires et d'hydratation

Paragraphe 74 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les programmes comprennent ce qui suit :

(e) un système de surveillance du poids pour mesurer et consigner à l'égard de chaque résident :

(i) son poids à son admission et tous les mois par la suite,

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

Le titulaire de permis doit :

- s'assurer que le diététiste professionnel ou la diététiste professionnelle du foyer évalue la personne résidente en fonction de son poids réel.
- mesurer et enregistrer le poids des deux personnes résidentes avant le premier jour de bain de chaque mois. Si l'une des personnes résidentes ne peut pas être pesée, s'assurer que les raisons pour lesquelles il est impossible de la peser soient clairement documentées et qu'une réévaluation d'autres stratégies soit effectuée pour obtenir le poids des personnes résidentes.
- offrir une formation aux PSSP d'une aire du foyer sur la manière de consigner les refus de soins dans le dossier informatisé au point de service et sur la politique du foyer en matière de poids.

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

- documenter la date à laquelle la formation a été dispensée, les noms et les postes des membres du personnel qui y ont participé et le membre du personnel qui l'a dispensé.

Raisons

A) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'il y ait un système de surveillance du poids pour mesurer et consigner le poids d'une personne résidente à son admission et à tous les mois.

Justification et résumé :

La personne résidente a été admise au foyer et son poids a été consigné pour la première fois neuf jours plus tard. Il n'y a pas eu d'autres enregistrements de poids pour les trois mois suivants dans la section relative au poids dans l'outil Point Click Care (PCC).

La politique du foyer en matière de surveillance du poids stipule qu'au moment de l'admission, le poids de chaque personne résidente doit être mesuré et consigné et que chaque personne résidente doit être pesée une fois par mois, au minimum le premier jour de bain du mois. La politique stipulait également que le logiciel clinique calculerait automatiquement les variations de poids en pourcentage lorsque le poids y est saisi.

Le mandataire spécial de la personne résidente a mentionné que le poids consigné à l'admission de la personne résidente ne semblait pas refléter le poids réel de celle-ci. Les notes d'évolution indiquaient un nouveau poids et ce nouveau poids n'a pas été saisi dans la section relative au poids dans l'outil PCC, qui aurait calculé le pourcentage de fluctuation du poids (considérablement plus bas).

Le ou la Dt.P. a indiqué que le poids de la personne résidente à l'admission était tiré des dossiers de préadmission, car le poids mesuré n'était pas disponible à l'évaluation nutritionnelle initiale. Il a été établi que la personne résidente présentait

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District de Hamilton119, rue King Ouest, 11^e étage

Hamilton (Ontario) L8P 4Y7

Téléphone : 800 461-7137

un risque nutritionnel modéré lors de l'évaluation nutritionnelle initiale, car son poids et son indice de masse corporelle se situaient dans la fourchette idéale. Le ou la Dt.P. a déclaré que le deuxième poids aurait dû être saisi dans la section relative au poids de l'outil PCC et que la personne résidente aurait dû être aiguillée vers le ou la Dt.P. en raison du changement de poids important.

Le poids de la personne résidente n'a pas été mesuré au cours des deux mois suivants, conformément à la politique du foyer, et la personne résidente n'a pas fait l'objet d'une réévaluation par le ou la Dt.P. en raison de l'importante fluctuation de poids. Lors de l'entretien avec l'inspectrice, la personne résidente a fait part de ses inquiétudes concernant la nourriture et a déclaré qu'elle ne mangeait pas bien; la personne résidente semblait nettement en sous-poids. Les registres de prise de nourriture et de liquides indiquaient une bonne consommation lorsque l'inspectrice a observé le service des repas, mais la personne résidente n'a pas mangé la majeure partie de son repas et s'est plainte que les aliments étaient froids.

Une PSSP a déclaré qu'elle n'avait pas pesé la personne résidente, car celle-ci refusait de le faire. Il n'y a pas eu de réévaluation documentée de la personne résidente en ce qui concerne les refus de peser ou d'autres stratégies pour obtenir le poids de la personne résidente.

Lorsque le poids de la personne résidente n'a pas été mesuré à l'admission, le risque nutritionnel auquel la personne résidente était exposée a été considérablement sous-estimé. La personne résidente n'a pas été aiguillée vers le ou la Dt.P. pour évaluer le changement de poids et, en l'absence d'autres pesées mensuelles, il était difficile de savoir s'il y avait d'autres risques pour son état nutritionnel.

Sources : l'entretien avec une personne résidente, un ou une IA, un ou une Dt.P.; le dossier médical clinique de la personne résidente, y compris les notes d'évolution, les dossiers de suivi du poids, les évaluations, le programme de soins, la politique NUR-11.24 relative à la mesure et à la surveillance de la taille et du poids des personnes résidentes (Measuring and monitoring resident height and weight), datée du 10 octobre 2023. [107]

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

B) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un système de surveillance du poids soit en place pour mesurer et consigner le poids d'une personne résidente à son admission et à tous les mois.

Justification et résumé :

La personne résidente a été admise au foyer et son poids a été consigné pour la première fois 15 jours plus tard. Aucune autre donnée sur le poids n'a été saisie dans le dossier informatisé du Point Click Care (PCC) au cours des trois mois suivants.

La politique du foyer en matière de surveillance du poids stipule qu'au moment de l'admission, le poids de chaque personne résidente doit être mesuré et consigné et que chaque personne résidente doit être pesée une fois par mois, au minimum le premier jour de bain du mois.

La personne résidente a déclaré que le personnel ne lui avait pas proposé de mesurer son poids depuis son admission au foyer. Une PSSP et un ou une IA ont déclaré que la personne résidente pouvait être pesée et que son poids aurait dû être enregistré tous les mois.

Lorsque les personnes résidentes ne sont pas pesées tous les mois, les risques liés aux fluctuations de poids peuvent ne pas être cernés rapidement.

Sources : l'entretien avec une personne résidente, une PSSP, un ou une IA, le dossier médical clinique de la personne résidente, y compris les données enregistrées sur le poids, les notes d'évolution, les relevés au point de service, le programme de soins nutritionnels, la politique NUR-11.24 relative à la mesure et à la surveillance de la taille et du poids des personnes résidentes (Measuring and monitoring resident height and weight), datée du 10 octobre 2023. [107]

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le : 5 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 de Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage

Hamilton (Ontario) L8P 4Y7

Téléphone : 800 461-7137

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 003 Service de restauration et de collation

Problème de conformité n° 019 ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154 (1) 2) de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 79 (1) 5) du Règl. de l'Ont. 246/22

Service de restauration et de collation

Paragraphe 79 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer offre un service de restauration et de collation qui comprend au minimum les éléments suivants :

5. Le service de la nourriture et des liquides à une température sûre et appétissante pour les résidents.

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

Le titulaire de permis doit :

- veiller à ce que tous les aliments et les liquides soient servis à une température sûre et appétissante pour les personnes résidentes bénéficiant d'un service de plateaux-repas.
- évaluer les personnes résidentes qui reçoivent régulièrement des plateaux-repas dans une aire déterminée du foyer afin de déterminer si elles sont en mesure de prendre leurs repas ensemble dans un environnement de restauration ou si l'évaluation de leurs besoins indique le contraire.
- inclure la nécessité d'un service de plateaux-repas régulier dans les programmes de soins et le système diététique des personnes résidentes, afin

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

que le personnel sache clairement quelles personnes résidentes ont besoin d'un service de plateaux-repas.

Raisons

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer dispose d'un service de restauration et de collation comprenant des aliments et des liquides servis à une température sûre et appétissante pour les personnes résidentes.

Justification et résumé :

Lors d'une observation du service de repas de midi, plusieurs personnes résidentes ont reçu un plateau-repas. L'aide en diététique a commencé à diviser en portions les repas sur des chariots à 12 h 41 et les chariots ont été apportés aux personnes résidentes dans leurs chambres à 13 h 14. La dernière personne résidente s'est vu servir son plateau-repas à 13 h 29.

Deux personnes résidentes ont reçu leur plateau vers 13 h 22. Les personnes résidentes ont déclaré à l'inspectrice que leur nourriture était froide et qu'ils ne voulaient pas la manger. L'une des personnes résidentes a également déclaré que sa boisson chaude était trop froide pour être consommée.

Lors d'un autre service de repas de midi, dans la même aire du foyer, l'aide en diététique a déclaré que plusieurs personnes résidentes avaient besoin d'un service de plateaux-repas. Une personne résidente a reçu son plateau-repas à 13 h 24 et a dit à une PSSP que sa soupe était trop froide pour être mangée. L'inspectrice a enregistré la température de la soupe à 35,4 degrés Celsius (C).

La politique du foyer stipule que tous les aliments chauds doivent être chauffés à une température minimale de 74 degrés Celsius et maintenus à une température minimale de 60 degrés Celsius. L'aide en diététique a déclaré que lorsque les aliments étaient divisés en portions, ils étaient chauds, mais qu'ils devenaient froids lorsqu'ils étaient posés sur les plateaux. L'aide en diététique a déclaré que lorsqu'il

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District de Hamilton119, rue King Ouest, 11^e étage

Hamilton (Ontario) L8P 4Y7

Téléphone : 800 461-7137

n'y avait que quelques plateaux, elle pouvait les garder sur la table chauffante jusqu'à ce que le personnel soit prêt à distribuer les repas, mais qu'avec un grand nombre de plateaux, il était impossible de garder les aliments au chaud jusqu'à ce que les personnes résidentes reçoivent les plateaux-repas.

La politique du foyer relative au service de repas (Meal Service for Residents Eating in Their Rooms) pour les personnes résidentes qui mangent dans leur chambre exige que le service de plateaux-repas soit inclus dans les programmes de soins des personnes résidentes. Les programmes de soins de quatre personnes résidentes interrogées, qui recevaient régulièrement des plateaux-repas, n'incluaient pas ce service. Un ou une IAA a déclaré que le service de plateaux aurait dû être inclus dans les programmes de soins des personnes résidentes. L'aide en diététique a également confirmé que le service de plateaux-repas n'était pas inclus dans le programme informatique Dietary Meal Suite pour aucune des personnes résidentes recevant régulièrement un service de plateaux dans l'aire du foyer.

Sources : les observations des repas; les entretiens avec les personnes résidentes, l'aide en diététique, le ou la gestionnaire des services d'alimentation, un ou une IAA; la politique relative à la cuisson, au refroidissement et réchauffement des aliments (Cook Chill Retherm), index I.D. B022, date d'entrée en vigueur : septembre 2023, date de révision : septembre 2023, la politique relative au service de repas pour les personnes résidentes mangeant dans leur chambre (Meal Service for Residents Eating in Their Rooms), index I.D. C011, date d'entrée en vigueur : mai 1995, date de révision : décembre 2023. [107]

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

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 004 Services d'entretien

Problème de conformité n° 020 ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154 (1) 2) de la LRSLD (2021)

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Non-respect de : l'alinéa 96 (2) (a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Services d'entretien

Paragraphe 96 (2) Le titulaire de permis veille à ce que soient élaborées et mises en œuvre des marches à suivre qui garantissent ce qui suit :

a) le matériel électrique et non électrique, notamment les appareils de levage, sont maintenus en bon état et ils sont entretenus et nettoyés de manière à satisfaire au moins aux instructions du fabricant;

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

Le titulaire de permis doit :

- maintenir le dispositif de contrôle de portes et d'alarmes en bon état.
- mettre en œuvre un système de vérification permanent, à une fréquence déterminée par le foyer, sur le fonctionnement du dispositif de contrôle de portes et d'alarmes.
- documenter les résultats de la vérification, les mesures correctives prises, le cas échéant, et les noms des membres du personnel qui ont effectué la vérification.
- former le personnel responsable au fonctionnement du dispositif de contrôle de portes et d'alarmes.
- documenter la formation du personnel, y compris les noms des membres du personnel qui y ont participé et les dates.

Raisons

Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée n'a pas veillé à ce que des procédures soient élaborées et mises en œuvre pour s'assurer que : (a) le matériel électrique, tel que l'alarme de garde, est maintenu en bon état.

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District de Hamilton119, rue King Ouest, 11^e étage

Hamilton (Ontario) L8P 4Y7

Téléphone : 800 461-7137

Justification et résumé

Lors de l'inspection, il a été constaté qu'aucune alarme ne retentissait à l'entrée principale du foyer lorsque le directeur adjoint ou la directrice adjointe des soins infirmiers tenait un système de gestion de l'errance.

Le directeur adjoint ou la directrice adjointe des soins infirmiers a confirmé qu'il n'y avait pas d'alarme (bip) au moment de l'observation et qu'une personne résidente munie d'un système de gestion de l'errance pouvait quitter le bâtiment puisque les portes coulissantes étaient ouvertes.

Lors de l'inspection, il a été constaté qu'aucune alarme n'avait été déclenchée à l'entrée principale lorsque le ou la gestionnaire des opérations et des services de soutien ayant un système de gestion de l'errance, s'est approché des portes coulissantes.

La politique relative à la solution de gestion de l'errance Wander Guard Blue indique que le dispositif de contrôle des portes assure la surveillance des portes de l'établissement et que lorsqu'une étiquette entre dans ce champ, elle est identifiée, une alarme est émise et la porte peut être automatiquement verrouillée. Si la porte est ouverte et que l'étiquette se trouve à proximité de la porte, le système déclenche une alarme.

Le ou la gestionnaire des opérations et des services de soutien a déclaré qu'il attendait toujours la tablette commandée pour activer l'alarme de la porte coulissante.

Sources : les observations, la politique relative à la solution de gestion de l'errance Wander Guard Blue; les entretiens avec le directeur adjoint ou la directrice adjointe des soins infirmiers et le ou la gestionnaire des opérations et des services de soutien. [632]

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le : 5 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 de Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

**ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 005 Programme de prévention
et contrôle des infections de l'infection**

Problème de conformité n° 021 ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154 (1) 2) 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. Paragraphe 102 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

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

Le titulaire de permis doit :

- veiller à ce qu'un processus de vérification soit mis en place pour le personnel infirmier et le personnel infirmier autorisé, dans toutes les aires du foyer, afin de s'assurer qu'il utilise l'ÉPI approprié pour les pratiques de base, les précautions contre les contacts et les gouttelettes et qu'il procède à l'hygiène des mains.
- documenter les résultats de la vérification, les mesures correctives prises, le cas échéant, et les noms des personnes qui ont effectué la vérification.
- veiller à ce que le personnel infirmier de toutes les aires du foyer soit informé de la fréquence et de la responsabilité du réapprovisionnement des chariots d'ÉPI et des mesures à prendre s'il constate qu'il n'y a pas d'équipement disponible.
- documenter la formation, y compris la date à laquelle elle a été dispensée, le nom du personnel qui l'a suivi et le membre du personnel qui l'a dispensé.

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District de Hamilton119, rue King Ouest, 11^e étage

Hamilton (Ontario) L8P 4Y7

Téléphone : 800 461-7137

Raisons

A) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la Norme de prévention et de contrôle des infections (Norme de PCI) pour les foyers de soins de longue durée, datée de septembre 2023, soit mise en œuvre. La norme de PCI pour les foyers de soins de longue durée indique, à la section 9.1 b), que le titulaire de permis doit veiller à ce que l'on se conforme aux pratiques de base dans le programme de PCI, y compris l'hygiène des mains, mais sans s'y limiter, 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 risque de contact avec du liquide organique, et après un contact avec la personne résidente ou son environnement).

Justification et résumé :

Un aide-ménager ou une aide-ménagère n'a pas procédé à l'hygiène des mains après avoir retiré son équipement de protection individuelle (ÉPI) et avant d'enfiler des gants propres.

Le superviseur ou la superviseuse des services environnementaux a déclaré que le personnel d'entretien devait se laver les mains après avoir retiré l'ÉPI souillé et avant d'enfiler l'ÉPI propre. La politique du foyer exige également au personnel de se laver les mains après avoir enlevé l'ÉPI et avant d'enfiler un ÉPI propre.

Sources : les observations; l'entretien avec l'aide-ménager ou l'aide-ménagère, le superviseur ou la superviseuse des services environnementaux; la politique ES-G-10-00 relative à l'isolation et à la désinfection et au nettoyage quotidiens des chambres (Isolation daily room cleaning and disinfecting), créée le 24 mai 2019 et révisée le 31 août 2023. [107]

B) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la Norme de prévention et de contrôle des infections (Norme de PCI) pour les foyers de soins de longue durée, datée de septembre 2023, soit mise en œuvre. La norme de PCI pour les foyers de soins de longue durée indique, à la section 9.1 f), que le titulaire de permis doit

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

veiller à ce que l'on se conforme aux précautions supplémentaires dans le programme de PCI, notamment le choix, le port, le retrait et l'élimination de façon appropriée.

Justification et résumé :

L'affiche apposée sur la porte de quatre chambres indiquait que des précautions supplémentaires contre l'exposition à des contacts et à des gouttelettes étaient nécessaires pour prodiguer des soins aux personnes résidentes. Une affiche sur la porte indiquait au personnel de mettre des gants, une blouse, un masque et une protection oculaire.

Un ou une IA a prodigué des soins à une personne résidente dans la chambre sans utiliser de protection oculaire. L'IA a confirmé que la protection oculaire était nécessaire, mais il ou elle a indiqué qu'il n'y avait pas d'écrans faciaux dans les chariots d'équipement de protection individuelle situés à l'extérieur de la chambre de la personne résidente.

Un ou une IAA a administré des médicaments à une personne résidente dans sa chambre sans utiliser de protection oculaire. L'IAA a déclaré que les précautions supplémentaires n'avaient pas été abandonnées, mais que les écrans faciaux n'étaient pas disponibles dans les chariots d'équipement de protection individuelle situés à l'extérieur de la chambre de la personne résidente. Un écran facial était disponible dans le chariot, mais il était rangé sous les blouses.

Un aide-ménager ou une aide-ménagère n'utilisait pas de protection oculaire lorsqu'elle nettoyait la chambre d'une personne résidente. La personne résidente était dans son lit pendant que l'aide-ménager ou l'aide-ménagère nettoyait la chambre. L'aide-ménager ou l'aide-ménagère a déclaré que les écrans faciaux n'étaient pas disponibles dans le chariot de la PCI.

Deux PSSP n'utilisaient pas de protection oculaire lorsqu'elles prodiguaient des soins de facilitation des selles à une personne résidente dans sa chambre. Les PSSP ne savaient pas qu'il fallait utiliser une protection oculaire pour prodiguer des soins 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 de Hamilton119, rue King Ouest, 11^e étage

Hamilton (Ontario) L8P 4Y7

Téléphone : 800 461-7137

la personne résidente. L'IA a confirmé que la personne résidente devait faire l'objet de précautions supplémentaires contre contacts et les gouttelettes et qu'il ou elle devait utiliser une protection oculaire lors des soins prodigués à la personne résidente.

La directrice des soins infirmiers a déclaré que de l'équipement supplémentaire était disponible dans les salles de fournitures auxquelles les infirmiers et les infirmières ont un accès illimité, et que le personnel devait se procurer l'équipement avant d'entrer dans les chambres des personnes résidentes.

Le superviseur ou la superviseuse des services environnementaux a confirmé que le personnel d'entretien devait également porter l'ÉPI indiqué sur les affiches apposées sur les portes lorsqu'il nettoyait les chambres où se trouvaient des personnes résidentes nécessitant des précautions supplémentaires.

Sources : les observations; les entretiens avec deux IA, un ou une IAA, la DSI, un aide-ménager ou une aide-ménagère, un superviseur ou une superviseuse des services environnementaux et deux PSSP; les politiques ES-G-10-00 relatives à l'isolation et à la désinfection et au nettoyage quotidiens des chambres (Isolation daily room cleaning and disinfecting), créée le 24 mai 2019 et révisée le 31 août 2023 et la PCI 2.1(e) Précautions additionnelles. [107]

C) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la Norme de prévention et de contrôle des infections (Norme de PCI) pour les foyers de soins de longue durée, datée de septembre 2023, soit mise en œuvre. La norme de PCI pour les foyers de soins de longue durée indique, à la section 9.1 d), que le titulaire de permis doit veiller à ce que l'on se conforme aux pratiques de base dans le programme de PCI, notamment l'utilisation adéquate de l'ÉPI, y compris le choix, le port, le retrait et l'élimination de façon appropriée.

Justification et résumé :

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

À trois reprises, il a été observé qu'une PSSP portait à la fois un masque respiratoire N95 et un masque chirurgical par-dessus le masque respiratoire. Le coordonnateur ou la coordonnatrice de la prévention et du contrôle des infections (PCI) a déclaré que le double masquage par le personnel n'était pas autorisé.

Sources : les observations de l'inspectrice, l'entretien avec une PSSP et le coordonnateur ou la coordonnatrice de la PCI. [107]

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

RENSEIGNEMENTS SUR LA RÉVISION/L'APPEL

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

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

La demande écrite de révision doit comprendre :

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

- (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

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

Ministère des Soins de longue durée

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

District de Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

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

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.