



**Ministry of Health and
Long-Term Care**

**Ministère de la Santé et des Soins
de longue durée**

**Inspection Report under
the Long-Term Care
Homes Act, 2007**

**Rapport d'inspection prévu par la
*Loi de 2007 sur les foyers de
soins de longue durée***

**Long-Term Care Homes Division
Long-Term Care Inspections Branch**

**Division des foyers de soins de
longue durée
Inspection des FLSD**

Ottawa Service Area Office
347 Preston St Suite 420
OTTAWA ON K1S 3J4
Téléphone : 613 569-5602
Facsimile: 613 569-9670

Bureau régional de services d'Ottawa
347, rue Preston, bureau 420
OTTAWA ON K1S 3J4
Téléphone : 613 569-5602
Télécopieur : 613 569-9670

Copie destinée au public

Date du rapport :	N° d'inspection :	N° de registre :	Type d'inspection :
26 mars 2019	2019_683126_0004	016940-18- 027284-18; 000908-19	Système de rapport d'incidents critiques

Titulaire de permis

Centre d'accueil Roger Séguin
435, rue Lemay, Clarence Creek ON K0A 1N0

Foyer de soins de longue durée

Centre d'accueil Roger Séguin
435, rue Lemay, Clarence Creek ON K0A 1N0

Nom de l'inspectrice

LINDA HARKINS (126)

Résumé de l'inspection



Il s'agissait d'une inspection menée dans le cadre du Système de rapport d'incidents critiques.

Elle a été effectuée aux dates suivantes : 21 et 22 mars 2019.

Au cours de cette inspection, les incidents critiques suivants ont été inspectés : Registres 016940-18, incident critique n° C516-000009-18, 027284-18, incident critique n° C516-000018-18, et 000908-19, incident critique n° C516-000001-19 concernant un incident qui a causé à une personne résidente une lésion provoquant un changement important dans son état de santé et nécessitant son transport à un hôpital.

Au cours de l'inspection, l'inspectrice a eu des entretiens avec les personnes suivantes : administratrice ou administrateur, directrice ou directeur des soins, infirmière ou infirmier responsable de jour, et personnes résidentes.

**Les protocoles d'inspection suivants ont été utilisés pendant cette inspection : Intervention en cas d'incident critique
Prévention des chutes**

Des non-respects ont été constatés au cours de cette inspection :

- 1 AE**
- 0 PRV**
- 0 OC**
- 0 RD**
- 0 OTA**

NON-RESPECT DES EXIGENCES

Définitions

- AE** — Avis écrit
- PRV** — Plan de redressement volontaire
- RD** — Renvoi de la question au directeur
- OC** — Ordres de conformité
- OTA** — Ordres, travaux et activités

Le non-respect des exigences prévues par la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* (LFSLD) a été constaté.

Le présent document constitue un avis écrit de non-respect aux termes du paragraphe 1 de l'article 152 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* (LFSLD).

AE n° 1 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 107. Rapports : incidents graves

En particulier concernant les dispositions suivantes :

Par.107. (3) Le titulaire de permis veille à ce que le directeur soit informé lorsque se produisent au foyer les incidents suivants, et ce, au plus tard un jour ouvrable après que se produit l'incident, et à faire suivre le rapport exigé au paragraphe (4) :

1. Un résident porté disparu depuis moins de trois heures qui retourne au foyer sans aucune lésion ni aucun changement indésirable de son état. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 107 (3).

2. Un risque environnemental qui a une incidence sur la fourniture de soins ou sur la sécurité ou le bien-être d'un ou de plusieurs résidents pendant une période de plus de six heures, notamment :

- i. une panne ou une défaillance du système de sécurité,**
- ii. une panne d'un équipement important ou d'un système au foyer,**
- iii. la perte de services essentiels,**
- iv. une inondation.**

Règl. de l'Ont. 79/10, par. 107 (3).

3. Une substance désignée manquante ou une différence d'inventaire. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 107 (3).

4. Une lésion nécessitant que la personne soit transportée à l'hôpital. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 107 (3).

5. Un incident lié à un médicament ou une réaction indésirable à un médicament nécessitant qu'un résident soit transporté à l'hôpital. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 107 (3).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le directeur fût informé au plus tard un jour ouvrable après que se fût produit l'incident, suivant : 4. Sous réserve de la disposition (3.1), un incident qui cause à une personne résidente une lésion provoquant un changement important dans son état de santé et nécessitant son transport à un hôpital.

Un rapport d'incident critique (RIC) (RIC n° C516-000009-18) a été soumis au directeur en vertu de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, à une date déterminée pour un incident causant à une personne résidente une lésion qui a provoqué un changement important dans son état de santé et nécessité son transport à l'hôpital.



**Ministry of Health and
Long-Term Care**

**Ministère de la Santé et des Soins
de longue durée**

**Inspection Report under
the Long-Term Care
Homes Act, 2007**

**Rapport d'inspection prévu par la
*Loi de 2007 sur les foyers de
soins de longue durée***

La directrice ou le directeur des soins infirmiers a indiqué à l'inspectrice126 ne pas pouvoir se souvenir pourquoi le rapport d'incident critique avait été soumis cinq jours après.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le directeur fût informé au plus tard un jour ouvrable après que se fût produit l'incident. [Paragraphe 107 (3)]

Émis le 26 mars 2019

Signature de l'inspectrice ou des inspectrices

Rapport original signé par l'inspectrice.