



**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
Telephone: 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 du public

Date du rapport	N° de l'inspection	N° de registre	Type d'inspection
12 avril 2018	2018_548592_0006	012623-17, 005766-18	Plainte

Titulaire de permis

Soins continus Bruyère Inc.
43, rue Bruyère, OTTAWA ON K1N 5C8

Foyer de soins de longue durée

Résidence Saint-Louis
879, chemin Parc Hiawatha, OTTAWA ON K1C 2Z6

Nom de l'inspectrice

MÉLANIE SARRAZIN (592)

Résumé de l'inspection



Cette inspection a été menée dans le cadre d'une plainte.

**Elle a été effectuée aux dates suivantes : 16, 19, 20, 21, 22 et 23 mars,
et 3 et 4 avril 2018.**

Une plainte et un incident critique ont été inspectés au cours de l'inspection. Il s'agissait des registres n° 005766-18 et n° 012623-17 concernant les transferts sécuritaires, les soins personnels, et des mauvais traitements d'ordre physique et verbal d'une personne résidente de la part d'un membre du personnel. Cette inspection a également été faite conjointement avec l'inspection n° 2018_548592_0005. Les faits constatés aux termes du paragraphe 6 (7) concernent l'inspection n° 2018_548592_0005.

Au cours de l'inspection, l'inspectrice s'est entretenue avec les personnes suivantes du foyer : directrice générale/directeur général des soins de longue durée (DGSLD), administratrice/administrateur intérimaire au moment des incidents, directrice/directeur des soins (DDS), directrice adjointe/directeur adjoint des soins (DADS), une/un physiothérapeute, la/le diététiste agréé(e) (DA), deux chefs du service d'alimentation, plusieurs aides-diététistes, plusieurs membres du personnel infirmier autorisé (IA), plusieurs membres du personnel infirmier auxiliaire autorisé (IAA), plusieurs préposées/préposés aux services de soutien à la personne (PSSP) et plusieurs personnes résidentes.

Au cours de l'inspection, l'inspectrice a effectué une visite des aires de soins des personnes résidentes, examiné des dossiers médicaux de personnes résidentes, des politiques et marches à suivre pertinentes du titulaire de permis; elle a observé les habitudes de travail du personnel, les menus affichés, plusieurs services de repas, des chambres de personnes résidentes, des aires communes des personnes résidentes, la prestation des soins et des services aux personnes résidentes, ainsi que les interactions entre le personnel et les personnes résidentes et entre personnes résidentes.

Les protocoles d'inspection suivants ont été utilisés pendant cette inspection :
Facilitation des selles et soins liés à l'incontinence
Prévention des chutes
Services de soutien personnel
Prévention des mauvais traitements, de la négligence et des représailles

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

1 AE
0 PRV
1 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 à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 6. Programme de soins

En particulier, le titulaire de permis n'a pas respecté les dispositions suivantes :

Par. 6. (4) Le titulaire de permis veille à ce que le personnel et les autres personnes qui participent aux différents aspects des soins du résident collaborent ensemble :

a) d'une part, à l'évaluation du résident de sorte que leurs évaluations s'intègrent les unes aux autres, soient compatibles et se complètent; et 2007, chap. 8, par. 6 (4).

b) d'autre part, à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de soins de sorte que les différents aspects des soins s'intègrent les uns aux autres, soient compatibles et se complètent. 2007, chap. 8, par. 6 (4).

Par. 6. (7) Le titulaire de permis veille à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis au résident, tel que le précise le programme. 2007, chap. 8, par. 6 (7).

Constatations :

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel et les autres personnes qui participent aux différents aspects des soins de la personne résidente collaborent ensemble :

b) à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de soins de sorte que les différents aspects des soins s'intègrent les uns aux autres, soient compatibles et se complètent.

Des préoccupations ont été exprimées concernant la technique de transfert et de changement de position de la personne résidente 001.

(Registre n° 016957-17)

L'inspectrice 592 a examiné les dossiers médicaux de la personne résidente 001. L'actuel programme de soins écrit daté d'une certaine date de 2017 indiquait que la personne résidente 001 nécessite l'aide de deux membres du personnel pour les transferts, et l'utilisation d'un lève-personne mécanique au besoin quand elle est fatiguée, en particulier à un moment déterminé de la journée, ainsi que l'utilisation d'un dispositif de transfert « E-Z Turn » pour tous les autres transferts en raison d'une diminution de sa mobilité.

L'inspectrice 592 a effectué des observations dans la chambre de la personne résidente et a remarqué qu'un pictogramme concernant les besoins de la personne résidente en matière de transfert était sur le mur de la chambre. Le pictogramme indiquait que l'on devait utiliser un lève-personne fixé au plafond avec l'assistance de deux personnes. L'inspectrice a également remarqué une mention manuscrite au bas du pictogramme précisant qu'il fallait l'assistance de deux personnes à un moment déterminé de la journée.

Lors d'un entretien le 22 mars 2018, la/le PSSP 103, qui est la principale fournisseuse/le principal fournisseur de soins de la personne résidente 001, a indiqué à l'inspectrice que plusieurs jours auparavant, on avait fait une demande pour que la/le physiothérapeute vienne évaluer la personne résidente 001 en raison d'une diminution de sa mobilité. La/le PSSP 103 a indiqué qu'avant l'évaluation faite par la/le physiothérapeute, on transférait la personne résidente en utilisant un lève-personne fixé au plafond avec l'aide de deux personnes quand elle était dans sa chambre, et en utilisant un dispositif de transfert « E-Z Turn » quand elle était dans la salle de bains. Toutefois, en raison de la diminution de la mobilité de la personne résidente, on avait changé la méthode des transferts pour utiliser en tout temps un lève-personne fixé au plafond dans la chambre, et un lève-personne manuel lors de l'utilisation de la salle de bains. La/le PSSP a

également montré à l'inspectrice le pictogramme dans la chambre de la personne résidente qui mentionnait l'utilisation d'un lève-personne fixé au plafond avec l'aide de deux personnes, et la note manuscrite qui mentionnait l'aide de deux personnes à un moment déterminé de la journée. La/le PSSP a indiqué que le pictogramme servait de guide pour les PSSP, cependant la/le PSSP a indiqué qu'il ne reflétait la méthode actuelle de transfert pour la personne résidente 001, car celle-ci devait utiliser en tout temps le lève-personne fixé au plafond dans la chambre et un lève-personne manuel lors de l'utilisation de la salle de bain, car la personne résidente risquait grandement de faire une chute si l'on n'utilisait pas le lève-personne. La/le PSSP 103 a également indiqué que plusieurs jours auparavant on avait laissé un message au membre du personnel chargé de changer le pictogramme afin de le faire pour la personne résidente 001, car ce n'était pas la méthode de transfert actuellement utilisée pour la personne résidente.

Lors d'un examen des notes d'évolution de la personne résidente et du formulaire « Family Physiotherapy Reassessment » (réévaluation de la physiothérapie familiale), on n'a trouvé aucun document émanant de la ou du physiothérapeute concernant les changements aux besoins d'assistance pour les transferts de la personne résidente 001, à compter d'une période déterminée jusqu'au jour de l'inspection.

Lors d'un entretien le 3 avril 2018, la/le physiothérapeute 107 a indiqué que l'on remplissait le RAI-MDS tous les trois mois pour chaque personne résidente. S'il se produit des changements entre ces évaluations trimestrielles, le personnel infirmier autorisé fait un aiguillage pour que la/le physiothérapeute réévalue la personne résidente. La/le physiothérapeute a indiqué en outre qu'une fois terminée l'évaluation de la personne résidente, on la documente dans le formulaire « Family Physiotherapy Reassessment » ainsi que dans les notes d'évolution de la personne résidente concernant ses besoins réévalués en matière de mobilité et de transfert. La/le physiothérapeute a également indiqué que l'on change le pictogramme dans la chambre de la personne résidente, et que si le personnel infirmier est disponible, on fait un rapport verbal si l'on a apporté des changements à la méthode de transfert d'une personne résidente. La/le physiothérapeute a indiqué qu'il n'y avait pas d'instructions pour remplir le programme de soins écrit en indiquant les changements aux interventions, et ne pas savoir exactement, une fois son évaluation terminée, comment les membres du personnel se communiquaient entre eux la méthode de transfert. La/le physiothérapeute a indiqué avoir dernièrement reçu un aiguillage pour la personne résidente 001 à une date déterminée, et que les besoins de transfert de celle-ci avaient récemment changé. Le pictogramme au chevet du lit avait été mis à jour par la/le physiothérapeute pour indiquer la méthode actuelle de transfert de la personne résidente 001.

Lors d'un entretien le 3 avril 2018, l'IAA 105 a indiqué à l'inspectrice 592 qu'il incombe à la ou au physiothérapeute d'instruire le personnel infirmier concernant les traitements et recommandations nouveaux pour les personnes résidentes une fois l'évaluation terminée. L'IAA 105 a indiqué qu'il incombe à l'IA 110 de mettre à jour le programme de soins de la personne résidente après la réévaluation de la ou du physiothérapeute et après la recommandation concernant les besoins de transfert. L'IAA 105 a indiqué que les changements recommandés avaient été communiqués la semaine dernière à l'IA 110, après l'évaluation de la personne résidente 001 par la ou le physiothérapeute. Toutefois, l'IA 110 était en vacances, et l'on avait laissé une note de service à son intention pour faire les changements dans le programme de soins écrit de la personne résidente 001 à son retour de vacances. L'IAA a indiqué en outre que le programme de soins de la personne résidente 001 n'avait pas encore été mis à jour.

Lors d'un entretien le 4 avril 2018, l'IA 110 a indiqué être responsable du programme de soins écrit de cette unité particulière. Il/elle a dit en outre qu'à une certaine date, plusieurs PSSP avaient fait part de préoccupations concernant l'état physique de la personne résidente 001 et la nécessité que la ou le physiothérapeute réévalue ses besoins en matière de transfert. L'IA 110 a indiqué avoir fait un aiguillage le lendemain du jour où il/elle avait eu connaissance des préoccupations des membres du personnel et que le programme de soins avait été mis à jour cinq jours après avoir reçu les recommandations de la ou du physiothérapeute, lors de son retour au travail. L'IA a indiqué en outre que les PSSP avaient reçu pour consigne d'utiliser un lève-personne chaque fois qu'un transfert devenait difficile pour la sécurité de la personne résidente et pour leur propre sécurité. Toutefois, cette information aurait dû être communiquée au personnel infirmier autorisé pour veiller à ce que l'on utilise le lève-personne mécanique en tout temps pour transférer la personne résidente en attendant la réévaluation de la mobilité et du transfert par la ou le physiothérapeute.

Lors d'un entretien le 4 avril 2018, la/le DDS a indiqué que le foyer s'attendait à ce que tous les changements et recommandations faits par la ou le physiothérapeute soient communiqués au membre du personnel infirmier autorisé qui mettra alors à jour le programme de soins de la personne résidente. La/le DDS a indiqué en outre que le personnel aurait dû collaborer afin que les soins fournis à la personne résidente 001 soient compatibles.

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis à la personne résidente tel que le précise le programme. (Cette constatation constitue une ordonnance de conformité.)

Cette constatation concerne le registre n° 005766-18.

La personne résidente 001 a été admise au foyer à une certaine date en ayant fait l'objet de plusieurs diagnostics médicaux.

Un examen du dossier médical de la personne résidente 001 effectué par l'inspectrice 592 indiquait, à la rubrique fonction vésicale du programme de soins actuel, que le personnel devait informer l'IA de toute forte odeur d'urine ou de présence d'urine concentrée, car la personne résidente avait des antécédents de fréquentes infections des voies urinaires.

Lors d'un entretien le 22 mars 2018, l'IAA 100 a indiqué à l'inspectrice 592 que l'on avait remarqué que la personne résidente 001 avait une altération de la fonction vésicale en raison d'infections récurrentes des voies urinaires principalement causées par le fait qu'elle ne buvait pas assez de liquides, et qu'en conséquence le personnel devait encourager la personne résidente à ingérer davantage de liquides. L'IAA 100 a indiqué en outre que le personnel doit surveiller la personne résidente 001 pour détecter tout indice de confusion, toute faiblesse, ou tout inconfort lors de l'élimination qui pourraient être l'indice éventuel d'une infection de la vessie. L'IAA a également indiqué que, pour prévenir la récurrence d'une infection de la vessie, les PSSP devaient faire un traitement particulier chaque fois qu'ils/elles fournissaient à la personne résidente des soins liés à l'incontinence. L'IAA 100 a montré à l'inspectrice le dossier d'administration des médicaments (MAR) pour la personne résidente 001, qui mentionnait un traitement particulier quand on fournissait à la personne résidente des soins liés à l'incontinence. La documentation montrait que l'on avait donné le traitement le jour même. L'IAA 100 a indiqué que la/le PSSP venait demander le traitement particulier chaque fois qu'il/elle était prêt(e) à fournir à la personne résidente 001 des soins liés à l'incontinence, et qu'ensuite la/le PSSP informait l'IAA une fois qu'il/elle avait terminé afin que l'IAA signe le MAR.

L'inspectrice 592 a effectué un examen du « Physician's Order Review » (examen des ordres du médecin) de la personne résidente 001 qui indiquait de donner le traitement à la personne résidente 001 lors de chaque poste de travail. On remarquait que l'ordre initial datait d'une date déterminée de 2017.

Lors d'un entretien le 22 mars 2018, la/le PSSP 103, membre du personnel permanent affecté à la personne résidente 001, a indiqué à l'inspectrice avoir fourni à la personne résidente les soins liés à l'incontinence ce matin-là. La/le PSSP 103 a indiqué en outre que la personne résidente avait besoin d'être encouragée afin de boire plus de liquides pour prévenir la récurrence d'une infection des voies urinaires, et que si l'on remarquait une rougeur dans la région périnéale on devait appliquer une crème protectrice. La/le PSSP a indiqué qu'il n'y avait pas de rougeur à l'heure actuelle, et donc qu'il n'y avait pas

besoin de crème protectrice. Lorsque l'inspectrice s'est enquis du traitement particulier utilisé pour la personne résidente quand on fournissait les soins liés à l'incontinence, la/le PSSP a indiqué ne pas être au courant d'instructions ni d'un autre traitement particulier, et qu'habituellement ce sont les infirmières ou les infirmiers qui fournissent ce type de traitement. La/le PSSP 103 a indiqué que l'on affectait régulièrement la personne résidente à ses soins par rotation, et n'avoir jamais reçu d'instructions particulières pour fournir ce traitement déterminé à la personne résidente 001 lors des soins liés à l'incontinence. La/le PSSP 103 a également indiqué que si la personne résidente avait un problème de peau, c'était le seul moment où l'on avisait l'infirmière ou l'infirmier pendant la fourniture des soins liés à l'incontinence.

Lors d'un entretien le 22 mars 2018, la/le PSSP 101, membre du personnel permanent régulièrement affecté à la personne résidente 001, a indiqué que celle-ci était connue pour avoir des infections récurrentes de la vessie, par conséquent le personnel devait signaler immédiatement à l'IAA, aux fins d'évaluation, s'il y avait des indices et des symptômes d'infection. La/le PSSP 101 a en outre indiqué que hormis la crème protectrice, on ne donnait pas d'autre traitement quand on fournissait des soins liés à l'incontinence à la personne résidente, sauf si l'on avait fait des changements aux soins liés à l'incontinence donnés à la personne résidente 001, car la/le PSSP 101 n'était pas affecté(e) à la personne résidente 001 ce jour-là. La/le PSSP 101 a indiqué que les soins liés à l'incontinence devaient être fournis par deux membres du personnel et que l'on n'utilisait pas d'autres traitements particuliers pour la personne résidente 001. La/le PSSP 101 a indiqué en outre que, si la personne résidente a une rougeur ou un problème de peau, c'est le seul moment où le personnel demande à l'infirmière ou à l'infirmier de venir pendant la fourniture des soins liés à l'incontinence.

Lors d'un entretien le 23 mars 2018, l'IAA 105 a indiqué que la personne résidente 001 avait des infections des voies urinaires récurrentes, et que l'on devait lui donner un traitement particulier quand on lui prodiguait des soins liés à l'incontinence. L'IAA 105 a indiqué en outre que la/le PSSP aviserait l'IAA quand il/elle fournissait les soins liés à l'incontinence afin que l'IAA fasse le traitement.

Lors d'un entretien le 23 mars 2018, la/le PSSP 103 a indiqué à l'inspectrice que la personne résidente 001 avait reçu des soins liés à l'incontinence ce matin-là, et la/le PSSP n'était pas au courant que l'infirmière ou l'infirmier devait venir pour effectuer un traitement. La/le PSSP 103 a indiqué qu'on l'avait affecté(e) à la personne résidente sur une base régulière, et ne pas être au courant qu'il fallait aviser une infirmière ou un infirmier quand on fournissait des soins liés à l'incontinence.



Lors d'un entretien le 23 mars 2018, l'IAA 100 qui avait travaillé le matin du 22 mars 2018 a indiqué que la/le PSSP 116 était la personne qui avait fait le traitement à la personne résidente 001.

Lors d'un entretien qui a eu lieu le 22 mars 2018, la/le PSSP 116 a indiqué n'avoir pas été affecté(e) récemment à la personne résidente 001, et donc ne pas être pleinement au courant des soins actuels liés à l'incontinence pour celle-ci. La PSSP 116 était affectée au même étage, mais pas à la même unité.

Lors d'un entretien le 23 mars 2018, la/le DDS a indiqué que l'IA et l'IAA étaient les membres du personnel chargés de fournir le traitement particulier à la personne résidente 001. La/le DDS a indiqué en outre que l'IA et l'IAA auraient dû fournir les soins tel que le précise le programme de soins.

3. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis à la personne résidente tel que le précise le programme. (Cette constatation constitue une ordonnance de conformité.)

Un rapport d'incident critique a été soumis au directeur à une certaine date aux termes de la LFSLD 2007; il concernait un cas allégué de mauvais traitement d'ordre physique d'une personne résidente de la part d'un membre du personnel. Le rapport a été modifié plusieurs jours plus tard, pour correspondre à l'enquête du foyer. (Registre n° 012623-17)

L'incident a été signalé par la personne résidente 001 à l'administratrice/l'administrateur qui travaillait au foyer à ce moment-là; il s'agissait d'un incident de mauvais traitement d'ordre physique et verbal envers la personne résidente de la part de la/du PSSP 108, à une date déterminée. La personne résidente a décrit que la/le PSSP était brusque pendant les soins, en serrant ses deux bras et en lui faisant mal quand il/elle les avait saisis pendant le transfert, et que la/le PSSP était toujours brusque en fournissant les soins.

L'inspectrice 592 a examiné les dossiers médicaux de la personne résidente 001. Le programme de soins au moment de l'incident indiquait que la personne résidente 001 nécessitait l'assistance de deux personnes pendant les transferts et l'utilisation d'un lève-personne mécanique au besoin quand elle était fatiguée, en particulier à un certain moment de la journée. Le programme de soins écrit mentionnait en outre l'utilisation d'un dispositif de transfert « E-Z Turn » pour tous les autres transferts en raison d'une diminution de la mobilité.

L'inspectrice a examiné les notes de l'administratrice/l'administrateur qui indiquaient que la/le PSSP 108 avait subi des mesures disciplinaires pour ne pas avoir fait un transfert à deux personnes alors qu'il/elle était pressé(e), ce qui avait eu pour résultat de faire mal à la personne résidente 001.

Lors d'un entretien le 3 avril 2018, la personne résidente 001 a indiqué avoir ressenti de la douleur aux deux bras pendant son transfert par la/le PSSP 108, et que le transfert aurait dû être fait avec l'aide d'une ou d'un autre PSSP. La personne résidente 001 a indiqué en outre que le/la PSSP 108 était pressé(e), que le transfert avait été fait de façon très brusque et avait occasionné de la douleur. La personne résidente 001 a indiqué de plus que le lendemain, l'incident avait été signalé directement à la personne qui était responsable des membres du personnel à ce moment-là.

Lors d'un entretien, l'administratrice/l'administrateur qui travaillait au foyer au moment de l'incident, a indiqué qu'à la suite de l'enquête interne du foyer, on avait trouvé que la/le PSSP 108 n'avait pas utilisé la technique adéquate lors du transfert de la personne résidente 001 en effectuant son transfert seul(e) alors que la personne résidente nécessitait deux membres du personnel. Il s'en était suivi que la personne résidente 001 avait été blessée.

4. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis à la personne résidente tel que le précise le programme. Cette constatation concerne l'inspection n° 2018_548592_0005, n° de registre 025592-17, effectuée simultanément au foyer. (Cette constatation constitue une ordonnance de conformité.)

La personne résidente 004 a été admise au foyer à une certaine date en ayant fait l'objet de plusieurs diagnostics médicaux, dont de la démence.

L'inspectrice 592 a examiné le dossier médical de la personne résidente 004, qui indiquait, selon le programme de soins actuel, à la rubrique état nutritionnel, que l'on devait fournir de l'assistance à la personne résidente 004, avec des interventions en matière de diététique lors des repas, notamment un régime alimentaire déterminé, une texture et une consistance de liquides déterminés. Le programme de soins indiquait également que la personne résidente 004 était reconnue comme étant incapable de faire des choix d'aliments en raison de l'altération de ses fonctions cognitives. Le programme de soins mentionnait de ne pas fournir deux aliments particuliers à la personne résidente 004 néanmoins, on devait lui donner une double portion de deux autres aliments déterminés.



Le 19 mars 2018, l'inspectrice 592 a effectué une observation de la restauration. L'inspectrice a observé la personne résidente 004 qui était assistée par la/le PSSP 116 pendant qu'elle était assise à une table de la salle à manger. On a présenté à la personne résidente trois aliments différents sur une assiette, dont un des aliments que l'on n'était pas autorisé à lui donner d'après son programme de soins écrit.

Quand l'inspectrice a demandé à la/au PSSP 116 si la personne résidente 004 était autorisée à avoir l'aliment identifié, la/le PSSP a dit à l'inspectrice que l'assiette était fournie par l'AD 117, et ne pas connaître les besoins alimentaires de la personne résidente.

L'AD 117, qui était le membre du personnel affecté au service du repas, a indiqué à l'inspectrice que la personne résidente était autorisée à avoir cet aliment déterminé pour un repas particulier seulement. L'inspectrice a dit à l'AD 117 que le kardex mentionnait de ne pas donner cet aliment. L'AD 117 a indiqué que l'on donnait quotidiennement cet aliment à la personne résidente conformément à la demande de la famille.

L'inspectrice a examiné les notes d'évolution de la personne résidente 004. Une note d'évolution datée d'une certaine date indiquait que l'on avait remarqué lors d'une inspection du MSSLD que la personne résidente 004 avait de la difficulté à avaler l'aliment déterminé, et que la/le diététiste agréé(e) avait effectué un suivi. Les notes indiquaient en outre que les membres du personnel avaient confirmé que l'aliment déterminé était trop dur à manger pour la personne résidente, et que le membre de la famille avait avisé le personnel à plusieurs reprises de ne pas donner cet aliment déterminé à la personne résidente.

Lors d'un entretien avec la/le diététiste agréé(e) (DA), on a confirmé que l'on ne devait pas donner cet aliment déterminé à la personne résidente 004. La/le DA a indiqué concernant les repas que s'il y avait une indication de ne pas donner un certain aliment à la personne résidente, le kardex en ferait mention, et qu'à l'heure actuelle, on ne devait jamais donner l'aliment identifié à la personne résidente 004.

5. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis à la personne résidente tel que le précise le programme. Cette constatation concerne l'inspection n° 2018_548592_0005, n° de registre 025592-17, effectuée simultanément au foyer. (Cette constatation constitue une ordonnance de conformité.)

La personne résidente 006 a été admise au foyer à une certaine date en ayant fait l'objet de plusieurs diagnostics médicaux, dont de la démence.



L'inspectrice 592 a examiné le dossier médical de la personne résidente 006, qui indiquait, d'après le programme de soins actuel, à la rubrique état nutritionnel, que l'on devait fournir de l'assistance à la personne résidente 006 en raison d'une difficulté de déglutition, avec des interventions en matière de diététique lors des repas, notamment un régime alimentaire déterminé, une texture déterminée, une texture déterminée pour une heure de repas déterminée, et une consistance de liquides particulière. Le programme de soins indiquait également que la personne résidente 006 était reconnue comme étant incapable de faire des choix d'aliments en raison de l'altération de ses fonctions cognitives.

Les 19 et 20 mars 2018, l'inspectrice 592 a effectué une observation de la restauration.

Le 19 mars, l'inspectrice a observé l'IAA 105 qui ordonnait à la/au PSSP 116 de verser de l'eau d'un contenant dont l'étiquette indiquait une certaine consistance qui n'était pas celle qui figurait dans le programme de soins de la personne résidente. La/le PSSP a versé l'eau et l'a donnée à la personne résidente 006. L'inspectrice 592 s'est enquis auprès de l'IAA 105 du type de consistance de liquide recommandé pour la personne résidente 006. L'IAA ne savait pas exactement et, en présence de l'inspectrice, a consulté le kardex de la personne résidente 006 au point de service. L'IAA 105 a indiqué que la personne résidente 006 avait reçu la mauvaise consistance de liquide, et elle a ordonné immédiatement à la/au PSSP 116 d'utiliser la consistance adéquate conformément aux soins prévus dans le programme de soins.

Le 20 mars, l'inspectrice a observé la/le PSSP 118 qui donnait un jus de canneberge à la personne résidente 006. Quand l'inspectrice a demandé quel était le type de consistance du liquide que l'on donnait à la personne résidente 006, la/le PSSP a désigné le contenant dont l'étiquette indiquait une certaine consistance de liquide qui n'était pas celle qui figurait dans le programme de soins de la personne résidente. La/le PSSP a confirmé à l'inspectrice que c'était la consistance de liquide adéquate. L'inspectrice 592 a montré le kardex de la personne résidente 006 au point de service qui indiquait de donner une certaine consistance de liquide différente. La/le PSSP a indiqué qu'il n'y avait pas de différence entre les deux consistances de liquide, que généralement la texture de consistance figurant dans le kardex n'était pas offerte, et que l'on utilisait donc une consistance de liquide différente pour la personne résidente 006. La/le PSSP a enlevé la mauvaise consistance de liquide à la personne résidente et lui a donné la consistance adéquate.

Ainsi, les soins prévus pour les personnes résidentes 004 et 006 en matière de soins



nutritionnels n'ont pas été fournis comme le prévoyait leur programme de soins.

La gravité de ces problèmes était de niveau 3, car il y avait un préjudice réel pour la personne résidente 001, et un risque de préjudice pour les personnes résidentes 004 et 006. L'étendue du préjudice était de niveau 2 en ce qui a trait à trois des quatre personnes résidentes ayant fait l'objet de l'examen. Le foyer avait des antécédents de niveau 4, car il a un non-respect continu de cet article de la LFSLD, et notamment :

Plan de redressement volontaire fait en application du paragraphe 6 (7) du Règlement le 30 novembre 2015.

Avis écrit en application du paragraphe 6 (7) du Règlement, le 28 juin 2016.

Plan de redressement volontaire fait en application du paragraphe 6 (7) du Règlement le 17 février 2017.

Plan de redressement volontaire fait en application du paragraphe 6 (7) du Règlement le 13 avril 2017.

Plan de redressement volontaire fait en application du paragraphe 6 (7) du Règlement le 3 octobre 2017.

Autres mesures requises :

L'OC n° 001 sera signifié au titulaire de permis. Voir le formulaire « Ordre(s) de l'inspectrice ou l'inspecteur ».



**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***

Émis le 12 avril 2018

Signature de l'inspectrice

Rapport original signé par l'inspectrice.



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

Order(s) of the Inspector

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term Care
Homes Act, 2007, S.O. 2007, c.8*

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

Ordre(s) de l'inspecteur

Aux termes de l'article 153 et/ou
de l'article 154 de la *Loi de 2007 sur les foyers
de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8*

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

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

Copie du public

Nom de l'inspectrice (n°) : MÉLANIE SARRAZIN (592)

N° de l'inspection : 2018_548592_0006

N° de registre : 012623-17, 005766-18

Type d'inspection : Plainte

Date du rapport : 12 avril 2018

Titulaire de permis : Soins continus Bruyère Inc.
43, rue Bruyère, OTTAWA ON K1N 5C8

Foyer de SLD : Résidence Saint-Louis
879, chemin Parc Hiawatha, OTTAWA ON K1C 2Z6

**Nom de l'administratrice :
ou de l'administrateur :** Melissa Donskov

Aux termes du présent document, Soins continus Bruyère Inc. est tenu de se conformer à l'ordre ou aux ordres suivants d'ici la ou les dates mentionnées ci-dessous :

Order(s) of the Inspector

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term Care
Homes Act, 2007, S.O. 2007, c.8*

Ordre(s) de l'inspecteur

Aux termes de l'article 153 et/ou
de l'article 154 de la *Loi de 2007 sur les foyers
de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8*

Ordre n° 001 **Type d'ordre :** Ordres de conformité, alinéa 153 (1) a)

Aux termes de la :

LFSLD 2007, L.O. 2007, chap. 8, art. 6. (7) le titulaire de permis veille à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis au résident, tel que le précise le programme. 2007, chap. 8, par. 6 (7).

Ordre :

Le titulaire de permis doit se conformer au paragraphe 6 (7) de la LFSLD.

En particulier, le titulaire de permis doit :

1. veiller à ce que les transferts de la personne résidente 001 et les soins liés à l'incontinence relativement à la prévention d'une infection des voies urinaires soient effectués et fournis à la personne résidente conformément au programme de soins;
2. veiller à ce que l'on fournisse aux personnes résidentes 004 et 006 leur régime alimentaire prescrit tel que le précise le programme de soins;
4. veiller à effectuer des vérifications hebdomadaires pendant quatre semaines consécutives relativement au transfert et aux soins liés à l'incontinence de la personne résidente 001 et de toute autre personne résidente, ainsi qu'aux régimes alimentaires prescrits des personnes résidentes 004 et 006 et de toute autre personne résidente;
5. mettre en œuvre en temps voulu des mesures correctives à mesure que l'on repère des problèmes pendant le processus de vérification afin de veiller à ce que les soins fournis aux personnes résidentes soient conformes à leur programme de soins;
6. documenter ces vérifications dans un dossier qui doit être conservé au foyer.

Motifs :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis à la personne résidente tel que le précise le programme. (Cette constatation constitue une ordonnance de conformité.)

Cette constatation concerne le registre n° 005766-18.

La personne résidente 001 a été admise au foyer à une certaine date en ayant fait l'objet de plusieurs diagnostics médicaux.

Un examen du dossier médical de la personne résidente 001 effectué par l'inspectrice 592 indiquait, à la rubrique fonction vésicale du programme de soins actuel, que le personnel devait informer l'IA de toute forte odeur d'urine ou de présence d'urine concentrée, car la personne résidente avait des antécédents de fréquentes infections des voies urinaires.

Lors d'un entretien le 22 mars 2018, l'IAA 100 a indiqué à l'inspectrice 592 que l'on avait remarqué que la personne résidente 001 avait une altération de la fonction vésicale en raison d'infections récurrentes des voies urinaires principalement causées par le fait qu'elle ne buvait pas assez de liquides, et qu'en conséquence le personnel devait encourager la personne résidente à ingérer davantage de liquides. L'IAA 100 a indiqué en outre que le personnel doit surveiller la personne résidente 001 pour détecter tout indice de confusion, toute faiblesse, ou tout inconfort lors de l'élimination qui pourraient être l'indice éventuel d'une infection de la vessie. L'IAA a également indiqué que, pour prévenir la récurrence d'une infection de la vessie, les PSSP devaient faire un traitement particulier chaque fois qu'ils/elles fournissaient à la personne résidente des soins liés à l'incontinence. L'IAA 100 a montré à l'inspectrice le dossier d'administration des médicaments (MAR) pour la personne résidente 001, qui mentionnait un traitement particulier quand on fournissait à la personne résidente des soins liés à l'incontinence. La documentation montrait que l'on avait donné le traitement le jour même. L'IAA 100 a indiqué que la/le PSSP venait demander le traitement particulier chaque fois qu'il/elle était prêt(e) à fournir à la personne résidente 001 des soins liés à l'incontinence, et qu'ensuite la/le PSSP informait l'IAA une fois qu'il/elle avait terminé afin que l'IAA signe le MAR.

L'inspectrice 592 a effectué un examen du « Physician's Order Review » (examen des ordres du médecin) de la personne résidente 001 qui indiquait de donner le traitement à la personne résidente 001 lors de chaque poste de travail. On remarquait que l'ordre initial datait d'une date déterminée de 2017.

Lors d'un entretien le 22 mars 2018, la/le PSSP 103, membre du personnel permanent affecté à la personne résidente 001, a indiqué à l'inspectrice avoir fourni à la personne résidente les soins liés à l'incontinence ce matin-là. La/le PSSP 103 a indiqué en outre que la personne résidente avait besoin d'être encouragée afin de boire plus de liquides pour prévenir la récurrence d'une infection des voies urinaires, et que si l'on remarquait une rougeur dans la région

Order(s) of the InspectorPursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term Care
Homes Act, 2007, S.O. 2007, c.8***Ordre(s) de l'inspecteur**Aux termes de l'article 153 et/ou
de l'article 154 de la *Loi de 2007 sur les foyers
de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8*

périnéale on devait appliquer une crème protectrice. La/le PSSP a indiqué qu'il n'y avait pas de rougeur à l'heure actuelle, et donc qu'il n'y avait pas besoin de crème protectrice. Lorsque l'inspectrice s'est enquisse du traitement particulier utilisé pour la personne résidente quand on fournissait les soins liés à l'incontinence, la/le PSSP a indiqué ne pas être au courant d'instructions ni d'un autre traitement particulier, et qu'habituellement ce sont les infirmières ou les infirmiers qui fournissent ce type de traitement. La/le PSSP 103 a indiqué que l'on affectait régulièrement la personne résidente à ses soins par rotation, et n'avoir jamais reçu d'instructions particulières pour fournir ce traitement déterminé à la personne résidente 001 lors des soins liés à l'incontinence. La/le PSSP 103 a également indiqué que si la personne résidente avait un problème de peau, c'était le seul moment où l'on avisait l'infirmière ou l'infirmier pendant la fourniture des soins liés à l'incontinence.

Lors d'un entretien le 22 mars 2018, la/le PSSP 101, membre du personnel permanent régulièrement affecté à la personne résidente 001, a indiqué que celle-ci était connue pour avoir des infections récurrentes de la vessie, par conséquent le personnel devait signaler immédiatement à l'IAA, aux fins d'évaluation, s'il y avait des indices et des symptômes d'infection. La/le PSSP 101 a en outre indiqué que hormis la crème protectrice, on ne donnait pas d'autre traitement quand on fournissait des soins liés à l'incontinence à la personne résidente, sauf si l'on avait fait des changements aux soins liés à l'incontinence donnés à la personne résidente 001, car la/le PSSP 101 n'était pas affecté(e) à la personne résidente 001 ce jour-là. La/le PSSP 101 a indiqué que les soins liés à l'incontinence devaient être fournis par deux membres du personnel et que l'on n'utilisait pas d'autres traitements particuliers pour la personne résidente 001. La/le PSSP 101 a indiqué en outre que, si la personne résidente a une rougeur ou un problème de peau, c'est le seul moment où le personnel demande à l'infirmière ou à l'infirmier de venir pendant la fourniture des soins liés à l'incontinence.

Lors d'un entretien le 23 mars 2018, l'IAA 105 a indiqué que la personne résidente 001 avait des infections des voies urinaires récurrentes, et que l'on devait lui donner un traitement particulier quand on lui prodiguait des soins liés à l'incontinence. L'IAA 105 a indiqué en outre que la/le PSSP aviserait l'IAA quand il/elle fournissait les soins liés à l'incontinence afin que l'IAA fasse le traitement.

Lors d'un entretien le 23 mars 2018, la/le PSSP 103 a indiqué à l'inspectrice que la personne résidente 001 avait reçu des soins liés à l'incontinence ce matin-là, et la/le PSSP n'était pas au courant que l'infirmière ou l'infirmier devait venir pour effectuer un traitement. La/le PSSP 103 a indiqué qu'on l'avait affecté(e) à la personne résidente sur une base régulière, et ne pas être au courant qu'il fallait aviser une infirmière ou un infirmier quand on fournissait des soins liés à l'incontinence.

Lors d'un entretien le 23 mars 2018, l'IAA 100 qui avait travaillé le matin du 22 mars 2018 a indiqué que la/le PSSP 116 était la personne qui avait fait le traitement à la personne résidente 001.

Lors d'un entretien qui a eu lieu le 22 mars 2018, la/le PSSP 116 a indiqué n'avoir pas été affecté(e) récemment à la personne résidente 001, et donc ne pas être pleinement au courant des soins actuels liés à l'incontinence pour celle-ci. La PSSP 116 était affectée au même étage, mais pas à la même unité.

Lors d'un entretien le 23 mars 2018, la/le DDS a indiqué que l'IA et l'IAA étaient les membres du personnel chargés de fournir le traitement particulier à la personne résidente 001. La/le DDS a indiqué en outre que l'IA et l'IAA auraient dû fournir les soins tel que le précise le programme de soins.

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis à la personne résidente tel que le précise le programme. (Cette constatation constitue une ordonnance de conformité.)

Un rapport d'incident critique a été soumis au directeur à une certaine date aux termes de la LFSLD 2007; il concernait un cas allégué de mauvais traitement d'ordre physique d'une personne résidente de la part d'un membre du personnel. Le rapport a été modifié plusieurs jours plus tard, pour correspondre à l'enquête du foyer. (Registre n° 012623-17)

L'incident a été signalé par la personne résidente 001 à l'administratrice/l'administrateur qui travaillait au foyer à ce moment-là; il s'agissait d'un incident de mauvais traitement d'ordre physique et verbal envers la personne résidente de la part de la/du PSSP 108, à une date déterminée. La personne résidente a décrit que la/le PSSP était brusque pendant les soins, en serrant ses deux bras et lui faisant mal quand il/elle les avait saisis pendant le transfert, et que la/le PSSP était toujours brusque en fournissant les soins.

L'inspectrice 592 a examiné les dossiers médicaux de la personne résidente 001. Le programme de soins au moment de l'incident indiquait que la personne résidente 001 nécessitait l'assistance de deux personnes pendant les transferts et l'utilisation d'un lève-personne mécanique au besoin quand elle était fatiguée, en particulier à un certain moment de la journée. Le programme de soins écrit mentionnait en outre l'utilisation d'un dispositif de transfert « E-Z Turn » pour tous les autres transferts en raison d'une diminution de la mobilité.

L'inspectrice a examiné les notes de l'administratrice/l'administrateur qui indiquaient que la/le PSSP 108 avait subi des mesures disciplinaires pour ne pas avoir fait un transfert à deux personnes alors qu'il/elle était pressé(e), ce qui avait eu pour résultat de faire mal à la personne résidente 001.

Lors d'un entretien le 3 avril 2018, la personne résidente 001 a indiqué avoir ressenti de la douleur aux deux bras pendant son transfert par la/le PSSP 108, et que le transfert aurait dû être fait avec l'aide d'une ou d'un autre PSSP. La personne résidente 001 a indiqué en outre que le/la PSSP 108 était pressé(e), que le transfert avait été fait de façon très brusque et avait occasionné de la douleur. La personne résidente 001 a indiqué de plus que le lendemain, l'incident avait été signalé directement à la personne qui était responsable des membres du personnel à ce moment-là.

Lors d'un entretien, l'administratrice/l'administrateur qui travaillait au foyer au moment de l'incident, a indiqué qu'à la suite de l'enquête interne du foyer, on avait trouvé que la/le PSSP 108 n'avait pas utilisé la technique adéquate lors du transfert de la personne résidente 001 en effectuant son transfert seul(e) alors que la personne résidente nécessitait deux membres du personnel. Il s'en était suivi que la personne résidente 001 avait été blessée.

3. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis à la personne résidente tel que le précise le programme. Cette constatation concerne l'inspection n° 2018_548592_0005, n° de registre 025592-17, effectuée simultanément au foyer. (Cette constatation constitue une ordonnance de conformité.)

La personne résidente 004 a été admise au foyer à une certaine date en ayant fait l'objet de plusieurs diagnostics médicaux, dont de la démence.

L'inspectrice 592 a examiné le dossier médical de la personne résidente 004, qui indiquait, selon le programme de soins actuel, à la rubrique état nutritionnel, que l'on devait fournir de l'assistance à la personne résidente 004, avec des interventions en matière de diététique lors des repas, notamment un régime alimentaire déterminé, une texture et une consistance de liquides déterminés. Le programme de soins indiquait également que la personne résidente 004 était reconnue comme étant incapable de faire des choix d'aliments en raison de l'altération de ses fonctions cognitives. Le programme de soins mentionnait de ne pas fournir deux aliments particuliers à la personne résidente 004 néanmoins, on devait lui donner une double portion de deux autres aliments déterminés.

Le 19 mars 2018, l'inspectrice 592 a effectué une observation de la restauration. L'inspectrice a observé la personne résidente 004 qui était assistée par la/le PSSP 116 pendant qu'elle était assise à une table de la salle à manger. On a présenté à la personne résidente trois aliments différents sur une assiette, dont un des aliments que l'on n'était pas autorisé à lui donner d'après son programme de soins écrit.

Quand l'inspectrice a demandé à la/au PSSP 116 si la personne résidente 004 était autorisée à avoir l'aliment identifié, la/le PSSP a dit à l'inspectrice que l'assiette était fournie par l'AD 117, et ne pas connaître les besoins alimentaires de la personne résidente.

L'AD 117, qui était le membre du personnel affecté au service du repas, a indiqué à l'inspectrice que la personne résidente était autorisée à avoir cet aliment déterminé pour un repas particulier seulement. L'inspectrice a dit à l'AD 117 que le kardex mentionnait de ne pas donner cet aliment. L'AD 117 a indiqué que l'on donnait quotidiennement cet aliment à la personne résidente conformément à la demande de la famille.

L'inspectrice a examiné les notes d'évolution de la personne résidente 004. Une note d'évolution datée d'une certaine date indiquait que l'on avait remarqué lors d'une inspection du MSSLD que la personne résidente 004 avait de la difficulté à avaler l'aliment déterminé, et que la/le diététiste agréé(e) avait effectué un suivi. Les notes indiquaient en outre que les membres du personnel avaient confirmé que l'aliment déterminé était trop dur à manger pour la personne résidente, et que le membre de la famille avait avisé le personnel à plusieurs reprises de ne pas donner cet aliment déterminé à la personne résidente.

Lors d'un entretien avec la/le diététiste agréé(e) (DA), on a confirmé que l'on ne devait pas donner cet aliment déterminé à la personne résidente 004. La/le DA a indiqué concernant les repas que s'il y avait une indication de ne pas donner un certain aliment à la personne résidente, le kardex en ferait mention, et qu'à l'heure actuelle, on ne devait jamais donner l'aliment identifié à la personne résidente 004.

4. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis à la personne résidente tel que le précise le programme. Cette constatation concerne l'inspection n° 2018_548592_0005, n° de registre 025592-17, effectuée simultanément au foyer. (Cette constatation constitue une ordonnance de conformité.)

La personne résidente 006 a été admise au foyer à une certaine date en ayant fait l'objet de plusieurs diagnostics médicaux, dont de la démence.

L'inspectrice 592 a examiné le dossier médical de la personne résidente 006, qui indiquait, d'après le programme de soins actuel, à la rubrique état nutritionnel, que l'on devait fournir de l'assistance à la personne résidente 006 en raison d'une difficulté de déglutition, avec des interventions en matière de diététique lors des repas, notamment un régime alimentaire déterminé, une texture déterminée, une texture déterminée pour une heure de repas déterminée, et une consistance de liquides particulière. Le programme de soins indiquait également que la personne résidente 006 était reconnue comme étant incapable de faire des choix d'aliments en raison de l'altération de ses fonctions cognitives.

Les 19 et 20 mars 2018, l'inspectrice 592 a fait une observation de la restauration.

Le 19 mars, l'inspectrice a observé l'IAA 105 qui ordonnait à la/au PSSP 116 de verser de l'eau d'un contenant dont l'étiquette indiquait une certaine consistance qui n'était pas celle qui figurait dans le programme de soins de la personne résidente. La/le PSSP a versé l'eau et l'a donnée à la personne résidente 006. L'inspectrice 592 s'est enquis auprès de l'IAA 105 du type de consistance de liquide recommandé pour la personne résidente 006. L'IAA ne savait pas exactement et, en présence de l'inspectrice, a consulté le kardex de la personne résidente 006 au point de service. L'IAA 105 a indiqué que la personne résidente 006 avait reçu la mauvaise consistance de liquide, et elle a ordonné immédiatement à la/au PSSP 116 d'utiliser la consistance adéquate conformément aux soins prévus dans le programme de soins.

Le 20 mars, l'inspectrice a observé la/le PSSP 118 qui donnait un jus de canneberge à la personne résidente 006. Quand l'inspectrice a demandé quel était le type de consistance du liquide que l'on donnait à la personne résidente 006, la/le PSSP a désigné le contenant dont l'étiquette indiquait une certaine consistance de liquide qui n'était pas celle qui figurait dans le programme de soins de la personne résidente. La/le PSSP a confirmé à l'inspectrice que c'était la consistance de liquide adéquate. L'inspectrice 592 a montré le kardex de la personne résidente 006 au point de service qui indiquait de donner une certaine consistance de liquide différente. La/le PSSP a indiqué qu'il n'y avait pas de différence entre les deux consistances de liquide, que généralement la texture de consistance figurant dans le kardex n'était pas offerte, et que l'on utilisait donc une consistance de liquide différente pour la personne résidente 006. La/le PSSP a enlevé la mauvaise consistance de liquide à la personne résidente et lui a donné la consistance adéquate.

Ainsi, les soins prévus pour les personnes résidentes 004 et 006 en matière de soins nutritionnels n'ont pas été fournis comme le prévoyait leur programme de soins.

La gravité de ces problèmes était de niveau 3, car il y avait un préjudice réel pour la personne résidente 001, et un risque de préjudice pour les personnes résidentes 004 et 006. L'étendue du préjudice était de niveau 2 en ce qui a trait à trois des quatre personnes résidentes ayant fait l'objet de l'examen. Le foyer avait des antécédents de niveau 4, car il a un non-respect continu de cet article de la LFSLD, et notamment :

Plan de redressement volontaire fait en application du paragraphe 6 (7) du Règlement le 30 novembre 2015.

Avis écrit en application du paragraphe 6 (7) du Règlement, le 28 juin 2016.

Plan de redressement volontaire fait en application du paragraphe 6 (7) du Règlement le 17 février 2017.

Plan de redressement volontaire fait en application du paragraphe 6 (7) du Règlement le 13 avril 2017.

Plan de redressement volontaire fait en application du paragraphe 6 (7) du Règlement le 3 octobre 2017.

(592)



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

Order(s) of the Inspector

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term Care
Homes Act, 2007*, S.O. 2007, c.8

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

Ordre(s) de l'inspecteur

Aux termes de l'article 153 et/ou
de l'article 154 de la *Loi de 2007 sur les foyers
de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8

Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le : 28 juin 2018



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

Order(s) of the Inspector

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term Care
Homes Act, 2007, S.O. 2007, c.8*

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

Ordre(s) de l'inspecteur

Aux termes de l'article 153 et/ou
de l'article 154 de la *Loi de 2007 sur les foyers
de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8*

RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX RÉEXAMENS DE DÉCISION ET AUX APPELS

PRENEZ AVIS :

Le/la titulaire de permis a le droit de faire une demande de réexamen par le directeur de cet ordre ou de ces ordres, et de demander que le directeur suspende cet ordre ou ces ordres conformément à l'article 163 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée.

La demande au directeur doit être présentée par écrit et signifiée au directeur dans les 28 jours qui suivent la signification de l'ordre au/à la titulaire de permis.

La demande écrite doit comporter ce qui suit :

- a) les parties de l'ordre qui font l'objet de la demande de réexamen;
- b) les observations que le/la titulaire de permis souhaite que le directeur examine;
- c) l'adresse du/de la titulaire de permis aux fins de signification.

La demande de réexamen présentée par écrit doit être signifiée en personne, par courrier recommandé, par messagerie commerciale ou par télécopieur, au :

Directeur
a/s du coordonnateur/de la coordonnatrice en matière d'appels
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
1075, rue Bay, 11^e étage
Toronto ON M5S 2B1
Télécopieur : 416 327-7603



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

Order(s) of the Inspector

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term Care
Homes Act, 2007, S.O. 2007, c.8*

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

Ordre(s) de l'inspecteur

Aux termes de l'article 153 et/ou
de l'article 154 de la *Loi de 2007 sur les foyers
de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8*

Quand la signification est faite par courrier recommandé, elle est réputée être faite le cinquième jour qui suit le jour de l'envoi, quand la signification est faite par messagerie commerciale, elle est réputée être faite le deuxième jour ouvrable après le jour où la messagerie reçoit le document, et lorsque la signification est faite par télécopieur, elle est réputée être faite le premier jour ouvrable qui suit le jour de l'envoi de la télécopie. Si un avis écrit de la décision du directeur n'est pas signifié au/à la titulaire de permis dans les 28 jours de la réception de la demande de réexamen présentée par le/la titulaire de permis, cet ordre ou ces ordres sont réputés être confirmés par le directeur, et le/la titulaire de permis est réputé(e) avoir reçu une copie de la décision en question à l'expiration de ce délai.

Le/la titulaire de permis a le droit d'interjeter appel devant la Commission d'appel et de révision des services de santé (CARSS) de la décision du directeur relative à une demande de réexamen d'un ordre ou des ordres d'un inspecteur ou d'une inspectrice conformément à l'article 164 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée. La CARSS est un tribunal autonome qui n'a pas de lien avec le ministère. Elle est créée par la loi pour examiner les questions relatives aux services de santé. Si le/la titulaire décide de faire une demande d'audience, il ou elle doit, dans les 28 jours de la signification de l'avis de la décision du directeur, donner par écrit un avis d'appel à la fois à :

la Commission d'appel et de révision des services de santé et au directeur

À l'attention du/de la registrateur(e)
151, rue Bloor Ouest, 9e étage
Toronto ON M5S 2T5

Directeur
a/s du coordonnateur/de la coordonnatrice en matière
d'appels
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
1075, rue Bay, 11e étage
Toronto ON M5S 2B1
Télécopieur : 416 327-7603



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

Order(s) of the Inspector

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term Care
Homes Act, 2007*, S.O. 2007, c.8

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

Ordre(s) de l'inspecteur

Aux termes de l'article 153 et/ou
de l'article 154 de la *Loi de 2007 sur les foyers
de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8

À la réception de votre avis d'appel, la CARSS en accusera réception et fournira des instructions relatives au processus d'appel. Le/la titulaire de permis peut en savoir davantage sur la CARSS sur le site Web www.hsarb.on.ca.

Émis le 12 avril 2018

Signature de l'inspectrice :

Nom de l'inspectrice : Mélanie Sarrazin

Bureau régional de services : Bureau régional de services d'Ottawa