

## Rapport public modifié (M1)

**Date de publication du rapport** 9 novembre 2022

**Numéro d'inspection** #2022\_1508\_0001

### Type d'inspection

- Système de rapport obligatoire d'incidents critiques  
 Plainte  Suivi  
 Inspection proactive  Initiative du bureau régional des services

- Suivi d'un ordre du directeur  
 Après emménagement

Autre \_\_\_\_\_

### Titulaire de permis

Bruyère Continuing Care Inc

### Foyer de soins de longue durée et ville

Résidence St Louis

### Inspecteur principal

Manon Nighbor n° 755

### Signature numérique de

Manon Nighbor Signé numériquement par Manon Nighbor Date : 2022.12.13 14:35:07 -05'00'

## RÉSUMÉ DU RAPPORT D'INSPECTION MODIFIÉ

Ce rapport d'inspection public a été révisé pour correspondre à la révision de deux phrases dans l'AE n° 004. L'inspection n° 2022\_1508\_000 concernant une plainte, le Système de rapport obligatoire d'incidents critiques et l'inspection de suivi a eu lieu le 28 juillet 2022.

## RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu à la (aux) date(s) suivante(s) : 15-17, 20, 22-24 et 27-30 juin, 6-8, 18-22 et 25-28 juillet 2022.

Le ou les registres suivants ont été inspectés :

### Ordre de suivi

- Registre n° 002486-22 de l'inspection n° 2021\_831211\_0021, relatif aux médicaments. Date d'échéance du respect : 29 août 2022.

### Plaintes

- Registres n° 009817-22, n° 001021-22, n° 000858-22, n° 000395-22, n° 020143-21 relatifs aux soins personnels.
- Registre n° 005052-22 relatif à la prévention des chutes.

## Système de rapport obligatoire d'incidents critiques (SOIC)

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

Bureau régional de services d'Ottawa  
347, rue Preston, bureau 420  
Ottawa (Ontario) K1S 3J4  
Numéro de téléphone : 1 877 779-5559  
[OttawaSAO.moh@ontario.ca](mailto:OttawaSAO.moh@ontario.ca)

- Registres n° 009638-22 (IC n° 3013-000034-22) et n° 010735-22 (IC n° 3013-000040-22) relatifs à des décès inattendus.
- Registre n° 021176-21 (IC n° 3013-000044-22) relatif à la prévention des chutes.
- Registre n° 008612-22 (IC n° 3013-000027-22), relatif aux soins en fin de vie.
- Registres n° 004222-22 (IC n° 3013-000007-22), n° 020057-21 (IC n° 3013-000040-21), n° 019801-21 (IC n° 3013-000039-21) relatifs aux mauvais traitements physiques des personnes résidentes par le personnel.
- Registre n° 020166-21 (IC n° 3013-000041-21) relatif à la disparition d'effets personnels d'une personne résidente.

Le registre n° 008090-22 a été examiné le 14 juin 2022, avec d'autres registres liés à des chutes. Les registres ont été inspectés les 15-17, 20, 22-24 et 27-30 juin, et les 6-8, 18-22 et 25-29 juillet 2022, en vertu de l'inspection n° 2022\_1508\_0001, des registres n° 021176-21, n° 009638-22, et n° 010735-22, les domaines de non-respect suivants ayant été identifiés : OC relatif à l'al. 6 (10) b) de la LFSLD, 2007.

Le registre n° 008014-22 a été examiné le 14 juin 2022, avec d'autres registres relatifs aux mauvais traitements. Les registres ont été inspectés les 15-17, 20, 22-24 et 27-30 juin, et les 6-8, 18-22 et 25-29 juillet 2022, en vertu de l'inspection n° 2022\_1508\_0001, les registres n° 004222-22, n° 020057-21 et n° 019801-21, les domaines de non-respect suivants ayant été identifiés : Avis écrit relatif à l'al. 24 (1) 1 de la LFSLD, 2007.

Remarque : Un ordre de conformité relatif au par. 54 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22 a été identifié lors de cette inspection et a été émis dans une inspection simultanée, n° 2022\_1508\_0002, datée du 12 septembre 2022.

### Ordre ou ordres de conformité délivrés antérieurement

L'inspection a établi la conformité à ou aux ordres de conformité suivants délivrés antérieurement.

Renvoi législatif		N° de l'inspection	N° de l'ordre	Inspecteur (ID) qui a exécuté l'ordre
Règl. de l'Ont. 79/10	al. 114 (3) a)	2021_831211_0021	001	Manon Nighbor n° 755

Les **protocoles d'inspection** suivants ont été utilisés au cours de cette inspection :

- Soins de la continence
- Prévention et gestion des chutes
- Alimentation, nutrition et hydratation
- Prévention et contrôle des infections (PCI)
- Gestion des médicaments
- Gestion de la douleur
- Soins palliatifs
- Prévention des mauvais traitements et de la négligence

**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

**Bureau régional de services d'Ottawa**  
347, rue Preston, bureau 420  
Ottawa (Ontario) K1S 3J4  
Numéro de téléphone : 1 877 779-5559  
[OttawaSAO.moh@ontario.ca](mailto:OttawaSAO.moh@ontario.ca)

- Services de soins et de soutien aux résidents
- Droits et choix des résidents
- Foyer sûr et sécuritaire
- Traitement de la peau et des plaies et prévention des plaies

**RÉSULTATS DE L'INSPECTION****NON-RESPECT DES EXIGENCES AUQUEL LE TITULAIRE A REMÉDIÉ – PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS**

Un **non-respect** a été constaté au cours de cette inspection; le titulaire de permis y a **remédié** avant la fin de l'inspection. L'inspectrice a estimé que le non-respect répondait à l'intention du paragraphe 154 (2) et ne nécessitait aucune autre mesure.

**Problème de conformité n° 001 remédié conformément au par. 154 (2) de la LRSLD, 2021.**

Al. 102. 2 b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les normes ou protocoles délivrés par le directeur à l'égard du programme de prévention et de contrôle des infections soient mis en œuvre relativement aux pratiques de base et aux précautions supplémentaires.

Conformément à l'exigence supplémentaire prévue au par. 9.1. (a) de la Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée datée d'avril 2022, le titulaire de permis doit assurer, au minimum, des pratiques fondées sur des preuves en ce qui concerne la transmission potentielle par les contacts et les précautions requises.

Un panneau de précaution contre les gouttelettes et les contacts a été observé à l'extérieur de la chambre d'une personne résidente. L'inspectrice a observé une personne résidente qui est entrée dans la chambre sans équipement de protection individuelle (EPI). La personne résidente errante a été retirée de la chambre, immédiatement, par un membre du personnel.

Un membre du personnel infirmier autorisé (IA) a déclaré que la chambre devrait avoir un panneau de précaution contre les contacts et non un panneau de précaution contre les gouttelettes et les contacts.

Plus tard dans la journée, le panneau approprié de précaution contre les contacts a été observé à l'extérieur de la chambre de la personne résidente. Le risque pour la personne résidente était faible.

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : 22 juin 2022  
Manon Nighbor n° 755

**NON-RESPECT DES EXIGENCES AUQUEL LE TITULAIRE A REMÉDIÉ – ENTRETIEN MÉNAGER**

Un **non-respect** a été constaté au cours de cette inspection; le titulaire de permis y a **remédié** avant la fin de l'inspection. L'inspectrice a estimé que le non-respect répondait à l'intention du paragraphe 154 (2) et ne nécessitait aucune autre mesure.

**Problème de conformité n° 002 remédié conformément au par. 154 (2) de la LRSLD, 2021.**

Al. 93 (2), (a), (ii) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Dans le cadre du programme organisé d'entretien ménager prévu à l'alinéa 19 (1) a) de la Loi, le titulaire de permis doit s'assurer que des procédures sont élaborées et mises en œuvre pour le nettoyage du foyer, y compris les zones communes, notamment les planchers.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le plancher d'un office soit propre.

Au cours d'un repas, on a observé que le plancher de l'office de la salle à manger était sale à de multiples endroits en raison de renversements précédents qui avaient séché.

Cela a été porté à l'attention du vice-président des soins et programmes résidentiels et communautaires et le plancher a été lavé le matin même. Le risque pour les personnes résidentes était faible.

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : 15 juin 2022  
Manon Nighbor n° 755

**NON-RESPECT DES EXIGENCES AUQUEL LE TITULAIRE A REMÉDIÉ – PORTES DANS LE FOYER**

Un **non-respect** a été constaté au cours de cette inspection; le titulaire de permis y a **remédié** avant la fin de l'inspection. L'inspectrice a estimé que le non-respect répondait à l'intention du paragraphe 154 (2) et ne nécessitait aucune autre mesure.

**Problème de conformité n° 003 remédié conformément au par. 154 (2) de la LRSLD, 2021.**

Al. 12. (1), 1, i du Règl. de l'Ont. 246/22.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que toutes les portes menant à des escaliers et à l'extérieur du foyer, autres que celles qui mènent à des zones extérieures sécurisées qui empêchent la sortie d'une personne résidente, y compris les balcons et les terrasses, ou celles auxquelles les personnes résidentes n'ont pas accès, soient gardées fermées et verrouillées.

L'inspectrice a observé que dans une salle blanche où étaient conservés les vêtements des personnes résidentes et certains articles de toilette, une débarbouillette était coincée entre le mécanisme de verrouillage et le cadre de la porte pour empêcher la porte de se verrouiller. Cela a été signalé au vice-président des soins et programmes résidentiels et communautaires. Le même jour, la débarbouillette a été enlevée et la porte a été verrouillée. Il s'agit d'un risque faible pour les personnes résidentes.

Mise en œuvre de la mesure corrective : 15 juin 2022  
Manon Nighbor n° 755

## AVIS ÉCRIT : PLAN DE SOINS

### Problème de conformité n° 004 Avis écrit aux termes de l'al. 154 (1) 1 de la LRSLD, 2021

Non-respect du : par. 6 (7) de la LRSLD, 2021.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins énoncés dans le plan de soins soient fournis à la personne résidente comme le prévoit le plan.

#### Justification et résumé :

Une personne résidente a été observée en train de dormir dans son lit. Une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) a ensuite trouvé la personne résidente sur le plancher de sa chambre; elle respirait à ce moment-là. Lorsque l'IA est venue aider la PSSP, elles ont constaté que la personne résidente ne réagissait plus et ont demandé l'aide de l'IA. Lorsque l'IA a évalué la personne résidente, l'absence de signes vitaux a été constatée. Conformément à la politique du foyer relative au code bleu, les membres du personnel autorisé n'ont pas entrepris de réanimation cardio-pulmonaire (RCP). L'IA a demandé de l'aide et quelques minutes plus tard, le membre du personnel infirmier praticien (IP) a constaté le décès de la personne résidente.

Les souhaits de la personne résidente pour ses directives préalables comprenaient des directives relatives aux investigations et interventions appropriées qui pouvaient être proposées, y compris les tentatives de réanimation (RCP) et le transfert aux soins aigus.

Les membres du personnel ont suivi la politique du titulaire de permis relative au code bleu, par conséquent la personne résidente n'a pas fait l'objet d'une réanimation cardio-pulmonaire, conformément à ses directives préalables.

#### Sources :

Entrevues avec plusieurs membres du personnel.  
CLIN CARE 14 SLR- Code bleu : Politique relative aux résidents, au personnel et aux visiteurs (SLR), en vigueur depuis novembre 1997 et révisée en août 2018.  
Dossier électronique de soins de santé comprenant les notes d'évolution, le plan de soins, les directives médicales et l'acte de décès.

Manon Nighbor n° 755

**AVIS ÉCRIT : PLAN DE SOINS****Problème de conformité n° 005 Avis écrit aux termes de l'al. 154 (1) 1 de la LRSLD, 2021****Non-respect du : par. 6 (1) c) de la LRSLD, 2021.**

Le titulaire du permis n'a pas veillé à ce qu'il y ait un plan de soins écrit pour chaque personne résidente qui donne des directives claires au personnel et aux autres personnes qui fournissent des soins directs à la personne résidente.

**Justification et résumé :**

La personne résidente avait des antécédents de chutes. Elle est tombée et est décédée le lendemain.

Les membres du personnel ont déclaré qu'une stratégie particulière de prévention des blessures dues aux chutes était en place lors de la chute de la personne résidente. Cette stratégie de prévention des blessures dues aux chutes n'était pas indiquée dans le plan de soins écrit de la personne résidente. Comme la stratégie ne figurait pas dans le plan de soins écrit de la personne résidente, le personnel risquait de ne pas connaître la stratégie de prévention des chutes de la personne résidente, ce qui augmentait le risque de blessure.

**Sources :**

Notes d'évolution, réunions sur les chutes, plan de soins.  
Entrevues avec plusieurs membres du personnel.  
Manon Nighbor n° 755

**AVIS ÉCRIT : PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE DES INFECTIONS****Problème de conformité n° 006 Avis écrit aux termes de l'al. 154 (1) 1 de la LRSLD, 2021****Non-respect de : Al. 102. 2 b) du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Le titulaire de permis doit mettre en œuvre les normes ou protocoles délivrés le directeur à l'égard du programme de prévention et de contrôle des infections (PCI).

Plus précisément, l'art. 9.1 de la Norme de PCI stipule que le titulaire de permis doit s'assurer que les pratiques de base sont suivies dans le cadre du programme de PCI. Les pratiques de base doivent au moins inclure l'utilisation correcte des EPI, y compris la sélection et l'utilisation appropriées des équipements de protection individuelle (EPI).

**Justification et résumé :**

On a vu un membre du personnel sortir de la chambre d'une personne résidente après lui avoir fourni des soins, alors que des pancartes indiquant les précautions à prendre contre les gouttelettes et les contacts étaient affichées. La pancarte indiquait que les EPI suivants étaient nécessaires : masque, blouse et gants. Le membre du personnel ne portait que son masque N95. Le membre du personnel a confirmé que la personne résidente faisait l'objet de précautions contre les contacts et les gouttelettes et a déclaré qu'il aurait dû porter une

protection oculaire, un masque, une blouse et des gants.

L'inspectrice a observé un autre membre du personnel entrer dans la chambre d'une personne résidente. Il tenait le plateau de repas de la personne résidente; il a repositionné une chaise près du lit de la personne résidente qu'il a commencé à nourrir. Le panneau indiquait que des précautions relatives aux contacts étaient en place et que les EPI suivants étaient nécessaires : blouse et gants. Le membre du personnel aurait dû porter une blouse et des gants, et il ne portait que son masque N95.

Deux membres du personnel ne suivaient pas les directives relatives aux EPI, ce qui exposait les personnes résidentes à un risque d'infection.

**Sources :**

Observations de l'inspectrice.

Signalisation de la chambre de la personne résidente et entrevue d'un membre du personnel.

Manon Nighbor n° 755

## AVIS ÉCRIT – FOYER SÛR ET SÉCURITAIRE

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

**Non-respect de : l'art. 5. de la LRSLD, 2021.**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer soit un environnement sûr et sécuritaire pour ses personnes résidentes.

**Justification et résumé :**

L'inspectrice a observé une personne résidente dans sa chambre, assise sur une chaise et en train de manger son dîner sur sa table de nuit. Une poubelle avait été placée pour recueillir l'eau provenant d'une fuite au plafond, à côté de l'endroit où la personne résidente était assise.

Une IA a expliqué que la fuite avait commencé pendant le quart de nuit et que le service d'entretien avait été prévenu à ce moment-là. Elle a dit que la personne résidente avait besoin d'aide pour se déplacer et qu'il arrivait qu'elle aille à sa salle de bains et en revienne de façon autonome.

Un membre du personnel d'entretien a confirmé que la fuite provenait du système de climatisation. Un autre membre du personnel d'entretien a dit qu'il avait dit au personnel infirmier de déplacer la personne résidente.

La poubelle et les panneaux de mise en garde contre les planchers mouillés étaient placés entre la personne résidente et sa salle de bains, à côté de l'endroit où elle s'assoyait pour prendre ses repas. Cela a entraîné un risque accru de chute pour la personne résidente et une contamination potentielle des aliments.



**Sources :**

Observations et entrevues avec plusieurs membres du personnel.  
Manon Nighbor n° 755

**AVIS ÉCRIT – OBLIGATION DE FAIRE RAPPORT AU DIRECTEUR DANS CERTAINS CAS****Problème de conformité n° 008 Avis écrit aux termes de l'al. 154 (1) 1 de la LRSLD, 2021****Non-respect de : l'al. 24 (1) 1 de la LRSLD, 2007.**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne qui a des motifs raisonnables de soupçonner qu'un traitement ou des soins inappropriés ou incompetents à l'égard d'une personne résidente, ayant entraîné un préjudice ou un risque de préjudice pour la personne résidente, se sont produits ou pourraient se produire, signale immédiatement au directeur ce soupçon et les renseignements sur lesquels il est fondé.

**Justification et résumé**

Un membre du personnel a observé un autre membre du personnel appliquer de la lotion sur le dos d'une personne résidente. La personne résidente a dit à la PSSP qu'elle lui faisait mal et lui a demandé de la laisser tranquille. Le membre du personnel ne s'est pas arrêté immédiatement et a continué à frotter le dos de la personne résidente. Le membre du personnel qui a été témoin de l'incident n'est pas intervenu.

L'examen du rapport du Système de rapport obligatoire d'incidents critiques (SOIC) a montré que l'incident de mauvais traitements présumés a été signalé au directeur trois jours après que le membre du personnel en a été témoin. Six autres membres du personnel ont eu connaissance de l'incident, quelques jours avant qu'il soit signalé.

Une DSI a reconnu que le personnel n'a pas signalé l'incident présumé lorsqu'il en a eu connaissance.

Il y avait un risque modéré pour la personne résidente, qui a déclaré avoir été maltraitée par plusieurs membres du personnel lors des jours qui ont suivi l'incident.

**Sources :**

Entrevue avec une DSI.  
Rapport d'incident, notes d'évolution, plan de soins, évaluations de la peau et des plaies.  
Manon Nighbor n° 755

## AVIS ÉCRIT : TECHNIQUES DE TRANSFERT ET DE POSITIONNEMENT

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

Non-respect de : l'art. 36. du Règl. de l'Ont. 79/10

Le titulaire du permis n'a pas veillé à ce que le personnel utilise des dispositifs ou des techniques de transfert et de positionnement sûrs en aidant les personnes résidentes.

Le plan de soins d'une personne résidente indiquait que celle-ci avait besoin de l'aide de deux personnes pour ses transferts. Les pictogrammes de la chambre de la personne résidente montraient un transfert à deux personnes en utilisant une courroie ou un lève-personne. La personne résidente a été transférée dans son lit par une seule PSSP, sans qu'il y ait de deuxième personne pour l'aider. Pendant ce transfert, la personne résidente a subi une blessure. Dans sa déclaration écrite, la PSSP a reconnu avoir transféré la personne résidente sans aide.

Une DSI a indiqué que l'enquête du foyer a confirmé le transfert inapproprié par la PSSP.

Parce que la personne résidente a été transférée sans l'aide d'un deuxième membre du personnel, elle a subi des blessures.

#### Sources :

Entrevue avec une DSI.

Des lettres manuscrites et des courriels du personnel concernant le transfert inapproprié.

Manon Nighbor no 755

## ORDRE DE CONFORMITÉ OC N° 001 PLAN DE SOINS

### Problème de conformité n° 010 Ordre de conformité en vertu de l'al. 154 (1) 2 de la LRSLD, 2021

Non-respect de : l'al. 6 (10) b) de la LFSLD, 2007.

#### L'inspectrice ordonne au titulaire de permis de :

LRSLD, 2021, al. 155 (1) a) faire ou s'abstenir de faire quoi que ce soit pour assurer le respect d'une exigence que prévoit la présente loi.

#### Ordre de conformité [par. 155 (1), LRSLD, 2021]

Le titulaire de permis doit s'assurer que la personne résidente est réévaluée et que le plan de soins est examiné et révisé au moins tous les six mois et à tout autre moment lorsque les besoins en soins de la personne résidente changent ou que les soins prévus dans le plan ne sont plus nécessaires.

Le titulaire de permis doit :

- A. Plus précisément, identifier toute personne résidente qui correspond le mieux à la définition suivante : une personne résidente qui présente un risque élevé de chute, qui a besoin d'aide pour se déplacer, mais qui continue à se transférer et à marcher sans aide jusqu'à sa salle de bains.
- B. Examiner et réévaluer les plans de soins de prévention des chutes de trois des personnes résidentes identifiées afin que les interventions et les stratégies soient efficaces et à jour.
- C. Effectuer deux vérifications (aux deux semaines) sur une période de quatre semaines pour les réévaluations du plan de soins des personnes résidentes identifiées lorsque les interventions ne sont plus efficaces ou lorsque leur état de santé a changé, augmentant leur risque de chute.
- D. Documenter les résultats des vérifications ainsi que les stratégies mises en œuvre pour gérer efficacement les écarts identifiés afin de fournir des rondes horaires, des soins de continence et des stratégies de prévention des chutes.

## Motifs

Non-respect de : l'al. 6 (10) b) de la LFSLD, 2007.

Le titulaire de permis doit s'assurer que la personne résidente est réévaluée et que le plan de soins est examiné et révisé à tout autre moment lorsque les besoins en soins de la personne résidente changent ou les soins prévus dans le plan ne sont plus nécessaires

### Justification et résumé

Au moment de son admission, une personne résidente se déplaçait de manière autonome avec un minimum d'aide. Dans les semaines qui ont suivi, son état s'est détérioré. La personne résidente est tombée, s'est blessée et a dû subir une intervention chirurgicale, puis est décédée le mois suivant. Avant leur chute, les facteurs de risque de chute suivants ont été notés dans le plan de soins de la personne résidente :

- La personne résidente a contracté une infection un mois avant sa chute. Elle a ensuite développé des symptômes qui ont perduré pendant deux mois.
- Elle présentait une faiblesse accrue.
- Elle a eu besoin d'interventions supplémentaires qui ont été amorcées quelques semaines avant leur chute.
- La personne résidente utilisait une aide au transfert que l'ergothérapeute avait recommandé d'enlever quelques semaines avant sa chute.
- L'ergothérapeute a recommandé l'installation d'un équipement de chevet quelques semaines avant la chute de la personne résidente, afin d'aider cette dernière, mais cette recommandation n'a pas été mise en œuvre.

Quelques semaines avant sa chute, la personne résidente a commencé à exprimer aux membres du personnel des inquiétudes concernant l'évolution de son état de santé, qui affectait ses transferts autonomes. Son plan de soins exigeait qu'elle soit aidée par deux personnes avec un dispositif de transfert. Un membre du personnel autorisé a signalé un problème de sécurité lié aux transferts indépendants de la personne résidente, quelques jours avant sa chute, mais n'a pas mis en œuvre de stratégies de prévention des chutes à ce moment-là.

Une PSSP a déclaré que la personne résidente présentait un risque élevé de chute. Elle a déclaré que les rondes de surveillance avaient lieu toutes les heures et qu'elle ne se rappelait pas avoir observé l'équipement de chevet.

L'ergothérapeute a indiqué qu'en consultation avec la physiothérapeute (PT), elle a recommandé le retrait de l'aide au transfert. Elle a ensuite déclaré qu'elle aurait pu envoyer une demande au service d'entretien pour s'assurer que le dispositif était correctement réinstallé. Elle a également recommandé des équipements de chevet et un dispositif de transfert.

L'IA a confirmé que l'état de la personne résidente se détériorait. Elle a déclaré que le plan de soins pour la prévention des chutes de la personne résidente aurait dû inclure des équipements et des dispositifs particuliers ainsi que des stratégies de prévention des chutes.

Un membre du personnel a confirmé que les besoins en soins de continence de la personne résidente avaient changé. La personne résidente a dû commencer à recevoir un traitement, et ses soins de continence n'ont pas été réévalués.

Une IAA a déclaré que les besoins en soins de continence de la personne résidente avaient changé et que l'équipement recommandé n'avait pas été mis en place.

La personne résidente a continué à se transférer et à utiliser les toilettes de façon autonome sans demander d'aide. L'IAA et l'IA n'ont pas réévalué la personne résidente après que ses besoins en matière de toilette aient changé.

La personne résidente est presque tombée lors de son transfert médical, après un traitement. Les interventions de prévention des chutes en place n'ont pas été examinées pour traiter les risques de chute identifiés ci-dessus. Compte tenu des changements constants de l'état de santé de la personne résidente, il y avait un risque pour sa sécurité si elle continuait à se déplacer de façon indépendante.

**Sources :**

Entrevues avec plusieurs membres du personnel

Rapport du Système de rapport obligatoire d'incidents critiques (SOIC), dossier d'évaluation des chutes, caucus post-chute, notes d'évolution, plan de soins, RIMS.

Julienne Ngo Nloga n° 502

**Cet ordre doit être respecté au plus tard le : 23 décembre 2022**

## INFORMATIONS 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 licence 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 inclure,

- (a) les parties de l'ordre ou de l'APA pour lesquelles la révision est demandée. Veuillez inclure le numéro du rapport d'inspection et le numéro de commande ou de l'APA;
- (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 :

#### 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<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario) M7A 1N3  
Courriel : [MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca](mailto:MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca)

Si la signification se fait :

- par courrier recommandé, elle est réputée être effectuée le cinquième jour après le jour de l'envoi;
- par courriel, elle est réputée être effectuée le jour suivant, si le document a été signifié après 16 h;
- par service de messagerie commerciale, elle est réputée être effectuée le deuxième jour ouvrable après que le service de messagerie commerciale a reçu le document.

Si une copie de la décision du directeur n'est pas signifiée au titulaire de permis dans les 28 jours suivant la réception de la demande de révision du titulaire de permis, le ou les présents ordres et/ou le présent APA sont réputés confirmés par le directeur et, aux fins d'un appel devant la CARSS, le directeur est réputé avoir signifié au titulaire de permis une copie de ladite décision à l'expiration de la période de 28 jours.

En vertu de l'article 170 de la Loi, le titulaire de permis a le droit d'interjeter appel de l'une ou l'autre des décisions suivantes auprès de la CARSS :

- un ordre donné par le directeur en vertu des articles 155 à 159 de la Loi;
- un APA délivré par le directeur en vertu de l'article 158 de la Loi;
- 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 :

**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

**Bureau régional de services d'Ottawa**  
347, rue Preston, bureau 420  
Ottawa (Ontario) K1S 3J4  
Numéro de téléphone : 1 877 779-5559  
[OttawaSAO.moh@ontario.ca](mailto:OttawaSAO.moh@ontario.ca)

**Commission d'appel et de révision des services de santé**

À l'attention du registraire  
151, rue Bloor Ouest, 9<sup>e</sup> étage,  
Toronto (Ontario) M5S 1S4

**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<sup>e</sup> étage,  
Toronto (Ontario) M7A 1N3  
Courriel :  
[MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca](mailto: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](http://www.hsarb.on.ca).