



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

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

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

**Ministère de la Santé et  
des Soins de longue  
durée  
Rapport d'inspection  
prévu par la *Loi de 2007  
sur les foyers de soins de  
longue durée***

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

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

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

**Copie destinée au public**

<b>Date(s) du rapport</b> 1 <sup>er</sup> décembre 2016	<b>Numéro d'inspection</b> 2016_219211_0023	<b>N° de registre</b> 013533-16	<b>Type d'inspection</b> Inspection de la qualité des services aux personnes résidentes
<b>Titulaire de permis</b> TAMIGANI INC. 5, rue Loiselle, CP 2132, Embrun ON K0A 1W1			
<b>Foyer de soins de longue durée</b> SARFIELD COLONIAL HOME 2861, chemin Colonial, CP 130 Sarsfield ON K0A 3E0			
<b>Nom des inspectrices</b> JOELLE TAILLEFER (211), MEGAN MACPHAIL (551), MICHELLE JONES (655)			
<b>Résumé de l'inspection</b>			

**Il s'agit d'une inspection de la qualité des services aux personnes résidentes.**

**L'inspection a été effectuée aux dates suivantes : 19, 20, 21, 22, 23 et 26 septembre 2016.**

**Au cours de cette inspection, on a effectué l'inspection ayant le numéro de registre 019670-16 concernant un cas allégué de mauvais traitement de personne résidente.**

**Au cours de l'inspection, les inspectrices se sont entretenues avec les personnes suivantes : administratrice, chef de l'exploitation, directrice des soins (DDS), responsable de l'environnement, diététiste, directrice des activités, coordonnatrice du RAI, agente des ressources humaines par intérim, planificatrice des horaires du personnel, infirmières autorisées (IA), infirmières auxiliaires autorisées (IAA), membre du personnel du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement (OSTC), préposées aux services de soutien à la personne (PSSP), personnes résidentes et membres des familles.**

**Les inspectrices ont également effectué une tournée des aires de soins des personnes résidentes, examiné des dossiers médicaux de personnes résidentes, des politiques et des marches à suivre du foyer relatives aux mesures de contention et aux mauvais traitements, aux routines et aux horaires de travail du personnel, observé des chambres de personnes résidentes, des aires communes de personnes résidentes, des chariots de médicaments, et la prestation des soins et des services aux personnes résidentes, y compris les interactions des personnes résidentes avec le personnel.**

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

**Services d'hébergement — entretien ménager**

**Dignité, choix et vie privée**

**Conseil des familles**

**Prévention et contrôle des infections**

**Médicaments**

**Recours minimal à la contention**

**Soins alimentaires et hydratation**

**Services de soutien personnel**

**Prévention des mauvais traitements, de la négligence et des représailles**

**Conseil des résidents**

**Comportements réactifs**

**Foyer sûr et sécuritaire**

**Soins de la peau et des plaies**

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

**15 AE**

**9 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. (Une exigence de la LFSLD comprend les exigences qui font partie des éléments énumérés au paragraphe 2 (1) de la LFSLD, sous l'intitulé « exigence prévue par la présente loi »).

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 l'article 8 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8.**

**Soins infirmiers et services de soutien personnel**

**En particulier, il ne s'est pas conformé aux dispositions suivantes :**

**Par. 8 (3) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qu'au moins une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé qui est à la fois un employé du titulaire de permis et un membre du personnel infirmier permanent du foyer soit de service et présent au foyer en tout temps, sauf disposition contraire des règlements. 2007, chap. 8, par. 8 (3).**

**Faits saillants :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'au moins une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé qui est à la fois un employé du titulaire de permis et un membre du personnel infirmier permanent du foyer soit de service et présent au foyer en tout temps, comme l'exige le paragraphe 8 (3) de la Loi.

Sarsfield Colonial Home est un foyer de 46 lits.

D'après la planificatrice des horaires du personnel n° 120, les quarts de travail des IA sont de 6 heures à 14 heures (quart de jour), de 14 heures à 20 heures (quart du soir) et de 20 heures à 6 heures (quart de nuit).

**Ministère de la Santé et des Soins de longue durée**  
**Rapport d'inspection prévu par la *Loi de 2007 sur les***  
***foyers de soins de longue durée***

Selon le Règlement de l'Ontario 79/10, voici les exceptions à l'exigence qu'au moins une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé qui est à la fois un employé du titulaire de permis et un membre du personnel infirmier permanent du foyer soit de service et présent au foyer en tout temps, comme l'exige le paragraphe 8 (3) de la Loi :

Alinéa 45 (1) 1. Pour les foyers dont la capacité en lits autorisés est de 64 lits ou moins :

- i. il peut être fait appel à une infirmière autorisée ou à un infirmier autorisé qui travaille au foyer conformément à un contrat ou à une entente entre l'infirmière autorisée ou l'infirmier autorisé et le titulaire de permis et qui fait partie du personnel infirmier permanent,
- ii. dans une situation d'urgence où le plan d'urgence visé à l'alinéa 31 (3)d) du présent règlement ne permet pas de satisfaire à l'exigence prévue au paragraphe 8 (3) de la Loi :
  - A. soit il peut être fait appel à une infirmière autorisée ou à un infirmier autorisé qui travaille au foyer conformément à un contrat ou à une entente entre le titulaire de permis et une agence de placement ou un tiers si le directeur des soins infirmiers et des soins personnels ou une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé qui est à la fois un employé du titulaire de permis et un membre du personnel infirmier permanent peut être rejoint au téléphone,
  - B. soit il peut être fait appel à une infirmière auxiliaire autorisée ou à un infirmier auxiliaire autorisé qui fait partie du personnel infirmier permanent si le directeur des soins infirmiers et des soins personnels ou une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé qui est à la fois un employé du titulaire de permis et un membre du personnel infirmier permanent peut être rejoint au téléphone.

Le paragraphe 45 (2) du Règlement de l'Ontario 79/10 indique que l'on entend par « situation d'urgence » une situation imprévue de nature grave qui empêche une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé de se rendre au foyer de soins de longue durée.

Selon le paragraphe 8 (4) de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, pendant les heures où l'administrateur du foyer ou le directeur des soins infirmiers et des soins personnels travaille à ce titre, il ne doit pas être considéré comme étant une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé qui assure la permanence dans le foyer de soins de longue durée pour l'application du paragraphe (3), sauf disposition contraire des règlements.

Un examen des plannings du personnel (du 18 juin au 23 septembre 2016) indiquait qu'il n'y avait pas de preuve qu'au moins une ou un IA qui était à la fois un employé du titulaire de permis et un membre du personnel infirmier permanent fût de service et présent au foyer de soins de longue durée pour des dates spécifiques, en sus des heures requises pour que la DDS assure le service 24 heures par semaine :

Les 18, 19, 22, 23, 24 et 28 juin 2016 : pour tous les quarts de travail de 14 heures à 18 heures

Le 27 juin 2016 : de 10 heures à 14 heures

Le 6 juillet 2016 : de 14 heures à 2 heures

Le 8 juillet 2016 : de 14 heures à 18 heures

Le 14 juillet 2016 : de 6 heures à 10 heures

Le 31 juillet 2016 : de 14 heures à 18 heures

Les 2, 4, 10, 11 et 24 août 2016 : pour tous les quarts de travail de jour de 6 heures à 14 heures

Le 28 août 2016 : pour les quarts de travail de jour et du soir de 6 heures à 21 heures.

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée  
Rapport d'inspection prévu par la *Loi de 2007 sur les  
foyers de soins de longue durée*

L'inspectrice et la planificatrice des horaires du personnel n° 120 ont examiné chacune des dates susmentionnées et l'on a confirmé qu'il n'y avait pas eu de situations d'urgence imprévue.

La DDS a indiqué qu'en l'absence d'une ou d'un IA travaillant au foyer, soit elle faisait des heures supplémentaires sur place en qualité d'IA ou de DDS supervisant l'IAA que l'on assigne pour remplacer l'IA, ou elle pouvait être rejointe par téléphone. Lors de l'inspection, on a indiqué qu'une ou un IA d'une agence travaillait lors de quarts de travail identifiés pendant trois dates de 2016. On n'avait pas signalé de situation d'urgence à ces dates-là.

Un ordre de conformité est émis parce que l'absence d'une infirmière autorisée ou d'un infirmier autorisé, qui est membre du personnel infirmier permanent et qui connaît bien les personnes résidentes qui sont au foyer de soins de longue durée, constitue potentiellement un risque pour la sécurité des personnes résidentes et a une incidence sur toute personne résidente qui vit au foyer étant donné le nombre élevé d'absences identifiées. [Par. 8 (3)]

**Autres mesures requises :**

***L'OC n° 001 sera signifié au titulaire de permis. Se reporter au formulaire « Ordre(s) de l'inspectrice ».***

---

**AE n° 2 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 6 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8.**

**Programme de soins**

**En particulier, il ne s'est pas conformé aux dispositions suivantes :**

**Par. 6 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soit adopté, pour chaque résident, un programme de soins écrit qui établit ce qui suit :**

- a) les soins prévus pour le résident; 2007, chap. 8, par. 6 (1).**
- b) les objectifs que visent les soins; 2007, chap. 8, par. 6 (1).**
- c) des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs au résident. 2007, chap. 8, par. 6 (1).**

**Faits saillants :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soit adopté, pour chaque personne résidente, un programme de soins écrit qui établit des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs aux personnes résidentes n° 010 et 011 concernant les soins de leur peau et de leurs plaies.

La personne résidente n° 010 a été admise au foyer à une date identifiée et l'on avait diagnostiqué qu'elle avait un déficit cognitif et d'autres problèmes médicaux et de santé.

On a examiné le dossier médical, particulièrement en ce qui concerne la peau et les plaies.

**Ministère de la Santé et des Soins de longue durée**  
**Rapport d'inspection prévu par la Loi de 2007 sur les**  
**foyers de soins de longue durée**

Le programme de soins actuel de la personne résidente n° 010 mentionnait ce qui suit :

- la personne résidente a de l'incontinence,
- elle a un produit d'incontinence,
- vérifier et changer le produit d'incontinence de la personne résidente toutes les deux heures et au besoin,
- fournir des soins du périnée après chaque incontinence,
- appliquer une crème protectrice au périnée.

On a examiné le programme de soins écrit actuel de la personne résidente qui a été mis à jour à une date identifiée, toutefois il n'indiquait pas que la personne résidente courait le risque d'avoir des problèmes d'altération de l'intégrité épidermique.

Un examen des notes d'évolution de la personne résidente n° 010 pendant une période de quatre mois mentionnait les problèmes de peau suivants :

- Lors d'une date identifiée, la personne résidente n° 010 avait une escarre de décubitus à une région spécifiée. On avait appliqué une crème protectrice et le personnel devait continuer de surveiller la survenue d'une autre rupture de l'épiderme.
- Un mois plus tard, la personne résidente n° 010 présentait une rougeur à la région spécifiée, mais il n'y avait pas de lésions ouvertes à ce moment-là. On a appliqué de la crème protectrice sur cette région de la peau pour contribuer à prévenir une autre rupture de l'épiderme.
- Trois mois plus tard, une PSSP a signalé au personnel infirmier autorisé que la personne résidente n° 010 avait une rougeur à la même région, mais pas de rupture de l'épiderme, et l'on avait appliqué de la crème protectrice.

On a remarqué, durant l'examen du dossier médical de la personne résidente, que les feuilles de contrôle de la peau que les PSSP remplissaient lors du bain de la personne résidente n° 010 indiquaient qu'elle avait une région qui présentait une rougeur lors de cinq dates spécifiées.

Une entrevue le 22 septembre 2016 avec l'IA n° 101 révélait que la personne résidente avait un ulcère identifié dont on pouvait déterminer le stade. L'IA n° 101 a indiqué qu'on l'avait informée deux jours plus tôt que le produit de continence de la personne résidente frottait sur sa peau quand il est mouillé. L'IA n° 101 a mentionné dans ses notes d'évolution à une date identifiée que la personne résidente n° 010 avait une rougeur à une région spécifiée de l'épiderme. Le présent programme de soins écrit de la personne résidente ne mentionne pas le problème d'intégrité épidermique de la personne résidente.

Une entrevue du 22 septembre 2016 avec l'IA n° 101 indiquait qu'il incombait aux PSSP d'effectuer une évaluation visuelle de la peau des personnes résidentes, de la tête aux pieds, lors des journées où on leur donnait un bain, en remplissant le formulaire « *Appendix 1: Skin Check* » (annexe 1 : contrôle de la peau) lors de chaque bain ou douche deux fois par semaine, et de communiquer aux infirmières autorisées les changements survenus dans l'intégrité épidermique de la personne résidente.

Une entrevue du 22 septembre 2016 avec l'IA n° 101 a confirmé que le programme de soins de la personne résidente n'établissait pas de directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs à la personne résidente qui a une altération périodique de son intégrité épidermique pendant un certain temps. [Alinéa 6 (1)c]

2. Le programme de soins écrit actuel de la personne résidente n° 011 n'indiquait pas que celle-ci avait une plaie identifiée à une région de l'épiderme dont on pouvait déterminer le stade.

La question de l'altération de l'intégrité épidermique de la personne résidente n° 011 avait été soulevée lors de la révision des données du recensement de la personne résidente et en remplissant le plus récent *Minimum Data Set* (minimum de données standardisées) (MDS-MR) à une date identifiée.

La personne résidente n° 011 a été admise au foyer à une date identifiée et l'on avait diagnostiqué qu'elle avait de multiples problèmes de santé. Le dossier médical de la personne résidente n° 011 indiquait qu'elle avait au moment considéré une plaie identifiée à une région spécifiée de l'épiderme dont on pouvait déterminer le stade.

Un examen des dossiers médicaux et des notes d'évolution de la personne résidente n° 011 identifiait les problèmes de peau suivants :

- À une date identifiée, la PSSP a signalé que la personne résidente avait une plaie identifiée à une région spécifiée de l'épiderme. L'IAA appliquait quotidiennement sur la région une crème non spécifiée.
- Un mois plus tard, la personne résidente s'est plainte de deux lésions cutanées à une région identifiée de l'épiderme. Il y a deux régions de lésions cutanées identifiables. Ces régions ne présentent pas d'indices ni de symptômes d'infection. On les a nettoyées avec une solution saline normale et on a mis un pansement.
- Deux jours plus tard, il y avait altération de l'épiderme de la personne résidente. On a nettoyé la région et appliqué le médicament prescrit. On a noté que la personne résidente avait appliqué un produit identifié sur la région. Nous continuerons la surveillance, et ferons évaluer la région par le médecin pour avoir un autre programme de soins.
- Le lendemain, la personne résidente avait deux lésions aux régions spécifiées. On a nettoyé la plaie avec une solution saline normale et on a mis un pansement.

Un examen des feuilles de contrôle de la peau pendant une période précisée de deux mois indiquait que l'on avait identifié la même lésion trois jours avant la mention figurant dans l'autre dossier médical.

L'examen trimestriel des besoins en soins de la personne résidente dans le *Minimum Data Set* (minimum de données standardisées) (MDS-MR) daté d'un mois après la première manifestation de l'altération de l'intégrité épidermique, indiquait que la personne résidente avait une plaie à un stade spécifié.

Le programme de soins actuel de la personne résidente mentionnait des interventions pour l'élimination et la propreté, les soins personnels et l'hygiène, ce qui incluait la surveillance et l'évaluation de toute plaie à vif.

Une entrevue du 21 septembre 2016 avec la PSSP n° 106 révélait que la personne résidente est continente, mais qu'elle avait eu une altération occasionnelle de l'intégrité épidermique à certaines régions au cours des neuf derniers mois.

La PSSP n° 106 a affirmé que la personne résidente a actuellement une plaie à une région de l'épiderme qui s'est manifestée il y a environ un mois. La PSSP n° 106 a déclaré que l'on applique de la crème protectrice et un peu de produit de protection sur la région de l'épiderme.

Une entrevue du 21 septembre avec l'IA n° 101 a confirmé que le programme de soins écrit de la personne résidente n'établissait pas de directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissaient des soins directs à la personne résidente qui avait développé une plaie à un stade spécifié à une région de son épiderme. Le programme de soins de la personne résidente ne spécifie pas que celle-ci a une altération de son intégrité épidermique et quelles interventions sont fournies. [Alinéa 6 (1)c]

#### ***Autres mesures requises :***

***PRV – Aux termes du paragraphe 152 (2) de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer le respect de l'exigence selon laquelle des mesures sont prises pour veiller à ce qu'il y ait un programme de soins écrit pour chaque personne résidente qui donne des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs aux personnes résidentes n° 010 et 011 concernant les soins de leur peau et de leurs plaies. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.***

---

**AE n° 3 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 9 du Règl. de l'Ont. 79/10.  
Portes**

**En particulier, il ne s'est pas conformé aux dispositions suivantes :**

**Par. 9 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au respect des règles suivantes :**

**3. Toutes les portes donnant sur les aires non résidentielles doivent être dotées de verrous pour empêcher leur accès non supervisé par les résidents et elles doivent être gardées fermées et verrouillées quand elles ne sont pas supervisées par le personnel. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 9; Règl. de l'Ont. 363/11, par. 1 (1) et (2).**

**Faits saillants :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que toutes les portes donnant sur les aires non résidentielles soient dotées de verrous pour empêcher leur accès non supervisé par les résidents, et à ce qu'elles soient gardées fermées et verrouillées quand elles ne sont pas supervisées par le personnel.

Le 19 septembre 2016, on a remarqué que la porte du local d'entretien du premier étage était entrebâillée à 10 heures, avec un chiffon blanc entre la porte et son mécanisme de verrouillage. L'inspectrice n° 655 a été en mesure d'entrer dans le local d'entretien et a observé ce qui suit dans une armoire déverrouillée : détergent germicide, déodorant, nettoyant de surface et désinfectant, déodorant en atomiseur, et un aérosol Air Wick.

Lors d'une entrevue le 19 septembre 2016, la PSSP n° 123 a indiqué que la porte du local d'entretien doit être verrouillée en tout temps. La PSSP n° 123 a enlevé le chiffon blanc de la porte pour la verrouiller. Elle a déclaré qu'elle pensait que le chiffon avait probablement été mis là par un autre membre du personnel qui devait faire des allées et venues dans cette pièce parce que c'était une période occupée.

Lors d'une entrevue le 23 septembre, la DDS a indiqué que le local d'entretien est une aire non résidentielle en raison de son contenu (à savoir stockage de produits chimiques). Pour cette raison, la DDS a indiqué que l'on s'attend à ce que la porte du local d'entretien soit verrouillée en tout temps.

Le 19 septembre 2016, l'inspectrice n° 655 a remarqué que la porte du local d'entreposage du service des activités au troisième étage était fermée, mais pas verrouillée. L'inspectrice n° 655 a ouvert la porte et remarqué un flacon de dissolvant pour vernis à ongles sur l'étagère inférieure du local d'entreposage.

Elle a remarqué de nouveau la même porte, fermée, mais pas verrouillée, le 21 septembre 2016 et le 26 septembre 2016. Dans les deux cas, il y avait du dissolvant pour vernis à ongles sur l'étagère inférieure à l'intérieur du local.

Lors de la tournée d'inspection initiale et d'une entrevue avec le responsable de l'environnement n° 107, le 19 septembre 2016, il a indiqué que le local d'entreposage du service des activités du troisième étage est normalement fermé et verrouillé.

Au cours d'une entrevue le 26 septembre 2016, l'IAA n° 122 a indiqué que la porte du local d'entreposage du service des activités du troisième étage devrait être verrouillée en tout temps, et qu'il s'agit d'une aire non résidentielle.

Le 19 septembre 2016, on a remarqué qu'une salle de bains du personnel dans une aire non résidentielle située au deuxième étage près du bureau du poste des infirmières était fermée, mais non verrouillée. L'inspectrice n° 655 a pu entrer dans la salle de bains. Le 26 septembre 2016, elle a observé que la même porte de salle de bains était fermée, mais non verrouillée.

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée  
Rapport d'inspection prévu par la *Loi de 2007 sur les  
foyers de soins de longue durée*

Le 19 septembre 2016, l'inspectrice n° 655 a été en mesure d'entrer dans une salle de bains du personnel dans une aire non résidentielle située au deuxième étage près du bureau du poste des infirmières. Elle a remarqué que la porte de la salle de bains située dans une aire non résidentielle était fermée, mais non verrouillée. Étant donné qu'il s'agit d'une salle de bains dans une aire non résidentielle, elle devrait être verrouillée. Le 26 septembre 2016, elle a observé que la même porte de salle de bains située dans une aire non résidentielle était fermée, mais non verrouillée.

Lors d'une entrevue le 26 septembre 2016, la PSSP n° 119 a indiqué que cette salle est une salle de bains du personnel et qu'elle n'est pas destinée à être utilisée par les personnes résidentes.

Le 23 septembre 2016, on a remarqué que la porte de la salle de bains du personnel au troisième étage était fermée, mais non verrouillée. L'inspectrice n° 655 a été en mesure d'y entrer. Étant donné que l'on considère qu'il s'agit d'une salle de bains située dans une aire non résidentielle, elle devrait être verrouillée.

Lors d'une entrevue le 23 septembre 2016, la DDS a indiqué que ces salles de bains sont destinées à être utilisées par le personnel et les visiteurs, et que ce sont des aires non résidentielles, non destinées à être utilisées par les personnes résidentes. La DDS a indiqué que la plupart des salles de bains du personnel sont gardées verrouillées en tout temps; mais elle a reconnu qu'une des salles de bains du personnel ne se verrouille pas correctement à l'heure actuelle. [Disposition 9 (1) 2]

**Autres mesures requises :**

***PRV – Aux termes du paragraphe 152 (2) de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer le respect de l'exigence selon laquelle toutes les portes donnant sur des aires non résidentielles sont dotées de verrous pour empêcher leur accès non supervisé par les personnes résidentes, et que ces portes sont gardées fermées et verrouillées quand elles ne sont pas supervisées par le personnel. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.***

---

**AE n° 4 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 15 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8  
Services d'hébergement**

**En particulier, il ne s'est pas conformé aux dispositions suivantes :**

**Par. 15 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :**

**a) le foyer, l'ameublement et le matériel sont toujours propres et sanitaires; 2007, chap. 8, par. 15 (2).**

**b) le linge de maison et les vêtements de chaque résident sont recueillis, triés, nettoyés et livrés; 2007, chap. 8, par. 15 (2).**

**c) le foyer, l'ameublement et le matériel sont entretenus de sorte qu'ils soient sûrs et en bon état. 2007, chap. 8, par. 15 (2).**

**Faits saillants :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer, l'ameublement et le matériel soient toujours propres et sanitaires.

Le 19 septembre 2016, l'inspectrice n° 655 a remarqué des taches blanches et des débris séchés sur le siège de la marchette appartenant à la personne résidente n° 016. Le même jour, l'inspectrice n° 655 a également remarqué des taches et une quantité importante de débris séchés sur la ceinture de siège et les bras du fauteuil roulant appartenant à la personne résidente n° 016. La marchette et le fauteuil roulant de la personne résidente n° 016 étaient toujours sales les 21 et 22 septembre 2016. Ces jours-là, l'inspectrice n° 655 a remarqué qu'il y avait également des débris séchés sur le cadre et les rayons du fauteuil roulant de la personne résidente n° 016.

Lors d'une entrevue le 21 septembre 2016, la PSSP n° 102 a indiqué que les marchettes et les fauteuils roulants des personnes résidentes figurent sur un horaire de nettoyage, et devraient être nettoyés au moins une fois par semaine par le personnel de nuit. Le PSSP n° 102 a fait référence à un formulaire intitulé *HCA/PSW Night Cleaning Schedule* (calendrier de nettoyage de nuit des aides-soignantes et des PSSP). La PSSP n° 102 a indiqué que le formulaire mentionne quand on doit nettoyer l'équipement de chaque personne résidente; et elle a de plus indiqué que chaque membre du personnel est tenu de documenter, à l'aide de ce formulaire, que le nettoyage requis a été effectué.

Dans une politique fournie par la DDS n° 100 et intitulée *Night PSW Cleaning Schedule* (calendrier de nettoyage de nuit des PSSP), on indiquait que les fauteuils roulants et les marchettes des personnes résidentes « doivent être lavés à fond une fois par semaine ».

Lors de l'examen du formulaire *HCA/PSW Night Cleaning Schedule* (calendrier de nettoyage de nuit des aides-soignantes et des PSSP), l'inspectrice n° 655 a remarqué des initiales à côté de la mention de la marchette et du fauteuil roulant de la personne résidente n° 016 pour le 17 septembre 2016 seulement. Le 22 septembre 2016, l'IA n° 101 a indiqué que les initiales d'un membre du personnel signifiaient que l'on avait nettoyé la marchette et le fauteuil roulant de la personne résidente n° 016; et que là où il n'y a pas d'initiales, cela indiquait que l'équipement n'avait pas été nettoyé.

Le formulaire *HCA/PSW Night Cleaning Schedule* (calendrier de nettoyage de nuit des aides-soignantes et des PSSP), lors d'une semaine identifiée de 2016, comporte seulement une ligne barrée à la section de la personne résidente n° 016 intitulée « horaire de nettoyage – marchette/fauteuil roulant ». Pendant deux semaines identifiées de 2016, le *HCA/PSW Night Cleaning Schedule* (calendrier du nettoyage de nuit des aides-soignantes et des PSSP) ne comporte aucune signature indiquant que la marchette et le fauteuil roulant de la personne résidente n° 016 avaient été nettoyés.

Lors d'une entrevue à une date identifiée, la personne résidente n° 016 a indiqué que l'on ne nettoie son fauteuil roulant qu'occasionnellement. Lors d'une entrevue le 22 septembre 2016, la PSSP n° 110 a reconnu que le fauteuil roulant appartenant à la personne résidente n° 016 était sale.

[Alinéa 15 (2)a]

2. Lors d'une date identifiée, la personne résidente n° 002 a indiqué à l'inspectrice n° 551 pendant une entrevue que sa chambre et sa salle de bains étaient sales.

Lors d'une entrevue de suivi deux jours plus tard, la personne résidente a indiqué à l'inspectrice n° 655 que la propreté de sa salle de bains est son principal sujet de préoccupation. La personne résidente n° 002 a indiqué que l'on ne nettoie pas sa salle de bains tous les jours, et que cela ne sent pas bon.

Le 21 septembre 2016, l'inspectrice n° 655 a remarqué qu'il y avait des taches jaunes sur la toilette, autour du siège et au bas de la base. Il y avait une légère odeur d'urine à ce moment-là. L'inspectrice n° 655 a remarqué des taches sèches jaunes sur la toilette dans la salle de bains de la personne résidente n° 002 les 22, 23 et 26 septembre 2016. [Alinéa 15 (2)a)]

3. Le lundi 19 septembre 2016, en entrant dans la salle de bains de la personne résidente n° 017, l'inspectrice n° 655 a remarqué une forte odeur incommodante, semblable à de l'urine. Elle a également observé, à la surface des carrelages de la salle de bains, un film séché qui couvrait une grande surface de plancher.

Lors d'une entrevue, le 22 septembre 2016, l'aide ménagère n° 108 a reconnu qu'il y avait par moments une odeur dans la salle de bains de la personne résidente n° 017.

Au cours de la même entrevue, l'aide ménagère n° 108 a indiqué à l'inspectrice n° 655 qu'elle était la seule aide ménagère officielle du personnel; qu'elle travaillait habituellement quatre jours par semaine, plus une fin de semaine sur deux, pour un total de dix jours dans une période de deux semaines. Elle a indiqué qu'en son absence d'autres membres du personnel du service de l'environnement donnaient un coup de main pour les tâches ménagères.

L'inspectrice n° 655 a examiné l'horaire de l'entretien ménager pour septembre 2016, et elle a remarqué, lors d'une journée spécifique de 2016, qu'il n'y avait pas de personnel d'entretien ménager figurant sur l'horaire de travail. L'aide ménagère n° 108 a confirmé qu'elle n'avait pas travaillé lors de cette journée identifiée quand on avait remarqué que la salle de bains de la personne résidente n° 017 avait une forte odeur semblable à de l'urine, et un plancher sale.

Lors d'une entrevue, le 22 septembre 2016, le responsable des services de l'environnement a reconnu qu'il y a un problème d'odeurs d'urine dans la salle de bains de la personne résidente n° 017.

Lors d'une entrevue, le 26 septembre 2016, le responsable des services de l'environnement a indiqué à l'inspectrice n° 655 que, quand le personnel de l'entretien ménager est en congé lors d'une journée identifiée du mois, il effectue lui-même environ trois heures de services d'entretien ménager. Le responsable des services de l'environnement a reconnu qu'il ne nettoie pas les salles de toutes les personnes résidentes ces jours-là. [Alinéa 15 (2)a)]

4. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer soit un milieu sûr et sécuritaire pour ses résidents.

Le 19 septembre 2016, l'inspectrice n° 211 a remarqué que les personnes résidentes n° 011, 010 et 013 avaient des sièges de toilette surélevés qui étaient desserrés quand on les touchait.

Le 21 septembre 2016, une observation et une entrevue avec la PSSP n° 106 révélait que le siège de toilette surélevé de la toilette de la salle de bains de la personne résidente n° 010 avait été resserré, et qu'il était sûr et sécuritaire.

La PSSP n° 106 a remarqué que le siège de toilette surélevé de la personne résidente n° 011 était desserré sur la toilette de sa salle de bains. La PSSP a déclaré, après avoir serré le bouton à l'avant du siège de toilette surélevé, qu'il était sûr et sécuritaire à l'heure actuelle.

La PSSP n° 106 a remarqué que le siège de toilette surélevé sur la toilette de la salle de bains de la personne résidente n° 013 était desserré quand on le touchait. La PSSP n° 106 a déclaré que le mécanisme pour serrer le siège de toilette surélevé sur la toilette devait être brisé, car elle ne pouvait pas fixer le siège sur la toilette.

Une entrevue avec le responsable de l'environnement le 21 septembre 2016, révélait que le siège de toilette surélevé sur la toilette de la personne résidente n° 011 nécessitait d'être serré de nouveau étant donné qu'il était toujours légèrement desserré. Le responsable de l'environnement a été en mesure de serrer et de fixer le siège de toilette surélevé de la personne résidente n° 011.

Le responsable de l'environnement a révélé qu'il avait essayé de réparer le siège de toilette surélevé de la personne résidente n° 013, mais que l'équipement susmentionné avait besoin d'être remplacé. Le responsable de l'environnement a déclaré qu'il pense actuellement que le siège de toilette surélevé de la personne résidente n° 013 était plus sécuritaire étant donné qu'il l'avait serré avec une vis. Il a demandé à la DDS de commander un siège de toilette surélevé supplémentaire pour remplacer celui de la salle de bains de la personne résidente n° 013.

Le responsable de l'environnement a confirmé que les sièges de toilette surélevés susmentionnés n'étaient pas sûrs et sécuritaires quand ils sont desserrés ou brisés. [Alinéa 15 (2)c]

#### ***Autres mesures requises :***

***PRV – Aux termes du paragraphe 152 (2) de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer le respect des exigences suivantes :***

- ***les fauteuils roulants et les salles de bains des personnes résidentes sont toujours propres et sanitaires,***
- ***les sièges de toilette surélevés sur la toilette des personnes résidentes sont sûrs et sécuritaires. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.***

---

**AE n° 5 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 17 du Règl. de l'Ont. 79/10.  
Système de communication bilatérale**

En particulier, il ne s'est pas conformé aux dispositions suivantes :

**Par. 17 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer soit doté d'un système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel qui réunit les conditions suivantes :**

- a) il est aisément visible, accessible et utilisable par les résidents, le personnel et les visiteurs en tout temps; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 17 (1).**
- b) il est sous tension en tout temps; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 17 (1).**
- c) il permet d'annuler les appels uniquement au point d'activation; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 17 (1).**
- d) il est accessible à partir de chaque lit, cabinet d'aisances, salle de bain et salle de douche qu'utilisent les résidents; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 17 (1).**
- e) il est disponible dans toute aire à laquelle ont accès les résidents; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 17 (1).**
- f) il indique clairement, lorsqu'il est activé, d'où provient le signal; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 17 (1).**
- g) dans le cas d'un système doté d'une alarme sonore pour alerter le personnel, il est calibré de sorte que le personnel puisse l'entendre. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 17 (1).**

**Faits saillants :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer soit doté d'un système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel qui soit aisément visible, accessible et utilisable par les personnes résidentes, le personnel et les visiteurs en tout temps.

Le 19 septembre 2016, une visite du foyer a eu lieu, et l'on a remarqué qu'il y avait une salle à manger au sous-sol du foyer qui servait d'unique salle à manger du foyer. Les personnes résidentes prennent donc leurs repas au premier ou au deuxième service et accèdent à la salle à manger par l'ascenseur.

On n'a pas repéré dans la salle à manger de système de communication bilatérale (sonnette d'appel) entre les résidents et le personnel.

Le responsable de l'entretien a confirmé qu'il n'y avait pas de sonnette d'appel dans la salle à manger. Il a déclaré que le personnel utilisait comme téléavertisseur le téléphone situé dans le coin arrière de la salle à manger si l'on avait besoin d'aide. [Alinéa 17 (1)a]

**Autres mesures requises :**

***PRV – Aux termes du paragraphe 152 (2) de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer le respect de l'exigence selon laquelle la salle à manger est dotée d'un système de communication bilatérale qui est aisément visible, accessible et utilisable par les résidents, le personnel et les visiteurs en tout temps. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.***

---

**AE n° 6 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 31 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8  
Contention au moyen d'appareils mécaniques**

**En particulier, il ne s'est pas conformé aux dispositions suivantes :**

**Par. 31 (1) Un résident peut être maîtrisé au moyen d'un appareil mécanique visé à la disposition 3 du paragraphe 30 (1) si son programme de soins le prévoit. 2007, chap. 8, par. 31 (1).**

**Par. 31 (2) La contention d'un résident au moyen d'un appareil mécanique ne peut être prévue dans son programme de soins que s'il est satisfait aux conditions suivantes :**

**4. Un médecin, une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé de la catégorie supérieure ou une autre personne que prévoient les règlements a ordonné ou approuvé la contention. 2007, chap. 8, par. 31 (2).**

**Par. 31 (2) La contention d'un résident au moyen d'un appareil mécanique ne peut être prévue dans son programme de soins que s'il est satisfait aux conditions suivantes :**

**5. Le résident a consenti à être maîtrisé ou, s'il est incapable, un mandataire spécial de celui-ci qui est habilité à donner ce consentement a consenti à ce qu'il le soit. 2007, chap. 8, par. 31 (2).**

**Faits saillants :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la contention au moyen d'un appareil mécanique soit prévue dans le programme de soins.

La personne résidente n° 010 a été admise au foyer à une date identifiée. À deux reprises en 2016, on a remarqué la personne résidente assise dans son fauteuil roulant avec une ceinture de siège spécifiée.

Lors d'une journée spécifiée, la personne résidente n° 010 a dit à l'inspectrice que la ceinture visait à l'empêcher de tomber.

La personne résidente a déclaré qu'elle n'aimait pas porter la ceinture, mais qu'elle respectait les règles. La personne résidente n° 010 n'avait pas la capacité physique ou cognitive d'enlever la ceinture.

Un examen des notes d'évolution indiquait que le jour de l'admission de la personne résidente au foyer, on avait fourni un fauteuil roulant. Des mentions dans les notes d'évolution faites lors de trois dates identifiées indiquaient que la personne résidente n° 010 utilisait une ceinture de siège quand elle était assise dans son fauteuil roulant. Lors de deux dates identifiées, les notes d'évolution indiquaient que la personne avait enlevé la ceinture de siège et s'était transférée hors du fauteuil roulant. Plusieurs mentions dans les notes d'évolution indiquaient que l'on avait recours à la ceinture de siège pour décourager la personne résidente n° 010 de faire elle-même son transfert.

On a remarqué que l'on a commencé à remplir un formulaire *PASD/Restraint Monitoring* (surveillance des appareils d'aide personnelle et des moyens de contention) à une date spécifiée de 2016. On n'a trouvé aucune mention du formulaire *PASD/Restraint Monitoring* (surveillance des appareils d'aide personnelle et des moyens de contention) d'un mois identifié de 2015 à un mois identifié de 2016. Le plus récent codage de l'évaluation du *Minimum Data Set* (minimum de données standardisées) (MDS) indiquait que la personne résidente n° 010 n'utilisait pas de moyen de contention du tronc, des membres, ni un fauteuil roulant qui l'empêche de se lever.

Le 22 septembre 2016, la DDS a déclaré à l'inspectrice n° 551 que la personne résidente porte une ceinture spécifique pour la dissuader de faire elle-même ses transferts, que la ceinture de siège maîtrisait la personne résidente et qu'elle ne pouvait pas l'enlever.

La politique du foyer intitulée *Restraint Reduction Program* (programme de réduction des moyens de contention) révisée pour la dernière fois le 31 août 2016 indique que si l'on envisage un recours à un moyen de contention, l'IA doit effectuer une *Initial Restraint Assessment* (évaluation initiale des moyens de contention). Le dossier médical de la personne résidente a été examiné, on n'a pas trouvé d'évaluation pour commencer le recours à la contention. À la rubrique « étape trois : recours à la contention » le formulaire indique à l'IA de mettre à jour le programme de soins.

On a examiné le programme de soins écrit, et l'on n'a pas trouvé d'indication que la personne résidente n° 010 porte une ceinture de siège spécifique. [Par. 31 (1)]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins concernant la contention comporte un ordre du médecin ou de l'IA de la catégorie supérieure.

La personne résidente n° 010 a été admise au foyer lors d'une année identifiée. Lors de deux journées spécifiées de 2016, on a observé la personne résidente assise dans son fauteuil roulant avec une ceinture de siège fermant sur le devant.

Lors d'une journée spécifiée de 2016, la personne résidente n° 010 a dit à l'inspectrice que la ceinture visait à l'empêcher de tomber.

La personne résidente a déclaré qu'elle n'aimait pas porter la ceinture, mais qu'elle respectait les règles. La personne résidente n° 010 n'avait pas la capacité physique ou cognitive d'enlever la ceinture.

On a examiné le dossier médical de la personne résidente depuis le moment de son admission, et l'on n'a trouvé aucun ordre d'un médecin ou d'une infirmière autorisée de la catégorie supérieure.

La DDS a déclaré que la personne résidente porte la ceinture de siège fermant sur le devant pour la dissuader d'effectuer elle-même ses transferts, et que la ceinture de siège servait à maîtriser la personne résidente, car elle ne pouvait pas l'enlever. La DDS a déclaré qu'il devrait y avoir un ordre pour l'utilisation de la ceinture de siège.

La politique du foyer intitulée *Restraint Reduction Program* (programme de réduction des moyens de contention) révisée pour la dernière fois le 31 août 2016 indique que si l'on envisage un recours à un moyen de contention, l'IA doit effectuer une *Initial Restraint Assessment* (évaluation initiale des moyens de contention). Le dossier médical de la personne résidente a été examiné, et l'on n'a pas trouvé d'évaluation pour commencer le recours à la contention. À la rubrique « étape trois : recours à la contention », le formulaire indique à l'IA d'obtenir un ordre du médecin indiquant le type, le motif et la durée de la contention. [Disposition 31 (2) 4]

3. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins concernant la contention inclût le consentement de la mandataire spéciale ou du mandataire spécial de la personne résidente.

La personne résidente n° 010 a été admise au foyer lors d'une année identifiée. D'après son dossier médical, la personne résidente a une mandataire spéciale ou un mandataire spécial.

Lors de deux journées identifiées de 2016, on a observé la personne résidente assise dans son fauteuil roulant en portant une ceinture de siège spécifique.

Lors d'une journée spécifiée de 2016, la personne résidente n° 010 a dit à l'inspectrice que la ceinture visait à l'empêcher de tomber.

La personne résidente a déclaré qu'elle n'aimait pas porter la ceinture, mais qu'elle respectait les règles. La personne résidente n° 010 n'avait pas la capacité physique ou cognitive d'enlever la ceinture.

La DDS a déclaré que la personne résidente porte une ceinture de siège spécifique pour la dissuader d'effectuer elle-même ses transferts, et que la ceinture de siège servait à maîtriser la personne résidente, car elle ne pouvait pas l'enlever. La DDS a déclaré qu'il devrait y avoir un consentement de la mandataire spéciale ou du mandataire spécial pour l'utilisation de la ceinture de siège.

La politique du foyer intitulée *Restraint Reduction Program* (programme de réduction des moyens de contention) révisée pour la dernière fois le 31 août 2016 indique que si l'on envisage un recours à un moyen de contention, l'IA doit effectuer une *Initial Restraint Assessment* (évaluation initiale des moyens de contention). Le dossier médical de la personne résidente a été examiné, et l'on n'a pas trouvé d'évaluation pour commencer le recours à la contention. À la rubrique « étape trois : recours à la contention », le formulaire indique à l'IA d'obtenir un consentement à être maîtrisé(e) ou un refus de la mandataire spéciale ou du mandataire spécial de la personne résidente.

Le dossier médical de la personne résidente a été examiné, et il n'y a pas de consentement de la mandataire spéciale ou du mandataire spécial pour utiliser une ceinture de siège [Disposition 31 (2) 5]

**Autres mesures requises :**

***PRV – Aux termes du paragraphe 152 (2) de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer le respect de l'exigence de veiller à ce que la contention au moyen d'un appareil mécanique soit incluse dans le programme de soins, que le programme de soins relatif à la contention comporte un ordre du médecin ou de l'IA de la catégorie supérieure, et de veiller à ce que le programme de soins relatif à la contention comporte le consentement de la mandataire spéciale ou du mandataire spécial de la personne résidente. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.***

---

**AE n° 7 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 50 du Règl. de l'Ont. 79/10.  
Soins de la peau et des plaies**

**En particulier, il ne s'est pas conformé aux dispositions suivantes :**

**Par. 50 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :**

**b) le résident qui présente des signes d'altération de l'intégrité épidermique, notamment des ruptures de l'épiderme, des lésions de pression, des déchirures de la peau ou des plaies, à la fois :**

**(i) se fait évaluer la peau par un membre du personnel infirmier autorisé, au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour l'évaluation de la peau et des plaies,**

**(ii) reçoit un traitement et subit des interventions immédiatement pour réduire ou éliminer la douleur, favoriser la guérison et prévenir l'infection, selon ce qui est nécessaire,**

**(iii) est évalué par un diététiste agréé qui fait partie du personnel du foyer et toute modification apportée à son programme de soins alimentaires et d'hydratation est mise en œuvre**

**(iv) est réévalué au moins une fois par semaine par un membre du personnel infirmier autorisé, si cela s'impose sur le plan clinique. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 50 (2).**

**Faits saillants :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente qui présente des signes d'altération de l'intégrité épidermique, notamment des ruptures de l'épiderme, des lésions de pression, des déchirures de la peau ou des plaies, se fasse évaluer la peau par un membre du personnel infirmier autorisé, au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour l'évaluation de la peau et des plaies.

La plaie de pression de la personne résidente n° 010 a été provoquée pendant la révision du dossier de recensement de la personne résidente lors d'une journée identifiée de 2016.

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée  
Rapport d'inspection prévu par la *Loi de 2007 sur les  
foyers de soins de longue durée*

La personne résidente n° 010 a été admise au foyer à une date identifiée et l'on avait diagnostiqué qu'elle avait un déficit cognitif et d'autres problèmes médicaux et de santé.

Une révision des notes d'évolution de la personne résidente n° 010 pendant une période de quatre mois mentionnait les problèmes de peau suivants :

- Lors d'une date identifiée, la personne résidente n° 010 avait une plaie de pression sur une région identifiée de l'épiderme. On a appliqué de la crème protectrice sur la région et le personnel devait poursuivre la surveillance pour dépister une autre rupture de l'épiderme.
- Trois mois plus tard, une PSSP a signalé au personnel infirmier autorisé que la personne résidente n° 010 avait une rougeur à une région identifiée, mais pas de rupture de l'épiderme, et l'on avait appliqué de la crème protectrice.
- Un mois plus tard, la personne résidente n° 010 présentait une rougeur à la région identifiée de l'épiderme, mais il n'y avait pas de lésions ouvertes à ce moment-là. On a appliqué de la crème protectrice sur la région de la peau pour contribuer à prévenir une autre rupture de l'épiderme.

On a remarqué, lors de l'examen du dossier médical de la personne résidente que les feuilles de contrôle de la peau que les PSSP remplissaient lors du bain de la personne résidente n° 010 indiquaient qu'elle avait des rougeurs à une région non spécifiée de l'épiderme lors de cinq dates spécifiées.

Une entrevue le 22 septembre 2016 avec l'IA n° 101 révélait que la personne résidente avait une altération de l'intégrité épidermique avec des zones de rougeur identifiées à un certain stade, et qu'on l'avait informée deux jours plus tôt en signalant que le produit de continence de la personne résidente frotte sur sa peau quand il est mouillé. L'IA n° 101 a mentionné dans ses notes d'évolution à une date identifiée de 2016, que la personne résidente n° 010 avait une rougeur à une région identifiée, et qu'elle n'avait pas fait l'objet d'une évaluation de la peau par un membre du personnel infirmier autorisé, à l'aide d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour l'évaluation de la peau et des plaies.

Une entrevue du 22 septembre 2016 avec l'IA n° 101 indiquait qu'il incombait aux PSSP d'effectuer une évaluation visuelle de l'épiderme des personnes résidentes, de la tête aux pieds, deux fois par semaine, lors de chaque bain ou douche, en remplissant le formulaire *Appendix 1: Skin Check* (annexe 1 : contrôle de la peau) et de communiquer aux infirmières autorisées les changements survenus dans l'intégrité épidermique de la personne résidente. L'IA n° 101 a déclaré que le foyer avait une nouvelle version papier mise à jour du *Skin and Wound Care Program* (programme de soins de la peau et des plaies) mis en œuvre en 2016, mais que le nouvel outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour l'évaluation de la peau et des plaies dans sa version papier intitulée *Appendix B: Pressure Ulcer/Wound Assessment Record* (annexe B : fiche d'évaluation des lésions de pression et des plaies) n'avait pas été utilisé pour la personne résidente n° 010.

La DDS a confirmé qu'une nouvelle mise à jour en version papier du *Skin and Wound Care Program* (programme de soins de la peau et des plaies) a été mise en œuvre en 2016. Les infirmières n'ont pas utilisé, pour la personne résidente n° 010, l'outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour l'évaluation de la peau et des plaies. [Alinéa 50 (2)b) i)]

2. La personne résidente n° 011 a été admise au foyer à une date identifiée et l'on avait diagnostiqué qu'elle avait de multiples problèmes de santé.

Un examen, au cours des jours suivant son admission, des notes d'évolution concernant sa peau indiquait ce qui suit :

- À une date identifiée de 2016, la PSSP a signalé que la personne résidente avait une plaie identifiée à une région de l'épiderme. L'IAA appliquait quotidiennement sur la région la crème de la personne résidente.
- Un mois plus tard, la personne résidente s'est plainte de deux lésions cutanées aux régions identifiées de l'épiderme. Il s'agit de deux régions de lésions cutanées spécifiées. Les lésions ouvertes ne présentent pas d'indices ni de symptômes d'infection. Les régions ont été nettoyées avec une solution saline normale et on a mis un pansement.
- Deux jours plus tard, la région de l'épiderme de la personne résidente était rouge et irritée. On a nettoyé la région et appliqué le médicament prescrit. On indiquait que la personne résidente avait appliqué son propre produit sur la région. Nous continuerons la surveillance, et ferons évaluer la région par le médecin pour avoir un autre programme de soins.
- Le lendemain, la personne résidente avait deux plaies spécifiées à la région identifiée. On a nettoyé la plaie avec une solution saline normale et on a mis un pansement.

Un examen des feuilles concernant la personne résidente intitulées *Appendix 1: Skin Check* (annexe 1 : contrôle de la peau) que les PSSP ont rempli pendant les trois mois identifiés de 2016, indiquait que durant l'un de ces mois identifiés de 2016, des plaies spécifiées étaient apparues sur la zone identifiée de la peau de la personne résidente. Une entrevue avec la PSSP n° 106, le 21 septembre 2016, révélait que la personne résidente a actuellement une plaie spécifiée à la région de l'épiderme identifiée, plaie qui a commencé à se manifester lors d'un mois identifié de 2016.

Une entrevue avec l'IA n° 101, le 21 septembre 2016, a révélé que la personne résidente avait une plaie à la région de l'épiderme identifiée dont on pouvait déterminer le stade.

L'IA n° 101 a déclaré que le foyer avait une nouvelle version papier mise à jour du *Skin and Wound Care Program* (programme de soins de la peau et des plaies) mis en œuvre en 2016, mais que le nouvel outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour l'évaluation de la peau et des plaies dans sa version papier intitulée *Appendix B: Pressure Ulcer/Wound Assessment Record* (annexe B : fiche d'évaluation des lésions de pression et des plaies) n'avait pas été utilisé pour la personne résidente n° 011.

La DDS a confirmé qu'une nouvelle version papier mise à jour du *Skin and Wound Care Program* (programme de soins de la peau et des plaies) a été mise en œuvre en 2016. Les infirmières n'ont pas utilisé, pour la personne résidente n° 011, l'outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour l'évaluation de la peau et des plaies. [Disposition 50 (2)b) i)]

3. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne résidente qui présentait des signes d'altération de l'intégrité épidermique, notamment des ruptures de l'épiderme, des lésions de pression, des déchirures de la peau ou des plaies, fût évaluée par une diététiste agréée qui fait partie du personnel du foyer.

Les notes d'évolution de la personne résidente n° 011 à une date identifiée de 2016, indiquaient qu'elle avait une plaie identifiée à une région spécifiée de la peau.

L'examen trimestriel des besoins en soins de la personne résidente dans le *Minimum Data Set* (minimum de données standardisées) (MDS-MR) daté d'un mois spécifié, indiquait que la personne résidente avait une plaie dont on pouvait déterminer le stade.

Une entrevue avec l'IA n° 106 le 21 septembre 2016, révélait que l'on n'avait pas adressé la personne résidente à la diététiste agréée quand s'est manifestée, à la région spécifiée de la peau, la plaie dont on pouvait déterminer le stade, pendant les deux mois identifiés de 2016.

La politique et la marche à suivre du foyer intitulée *Skin and Wound Care Program* (programme de soins de la peau et des plaies) indiquait que le personnel autorisé devait remplir deux formulaires en version papier : *Appendix F: Pressure Ulcer Tracking Form* (annexe F : formulaire de suivi des lésions de pression) et *Appendix G: Weekly Assessment of wound/Dietitian* (annexe G : évaluation hebdomadaire des blessures par une ou un diététiste). Une fois remplis les formulaires susmentionnés, le personnel autorisé devait les envoyer à la diététiste agréée aux fins d'examen.

La politique et la marche à suivre du foyer susmentionnée indiquaient que la diététiste agréée devait suivre les instructions suivantes :

1. Effectuer une évaluation du risque afférent aux soins alimentaires et à l'hydratation dans les sept jours suivant la réception des annexes F et G transmises par le personnel autorisé.
2. Recommander ou ordonner un régime alimentaire adéquat, des suppléments et des stratégies d'hydratation.
3. Faire des recommandations au médecin portant notamment sur ce qui suit : contrôle de l'albumine et du sang, vitamines et minéraux.
4. Faire une évaluation hebdomadaire de la guérison des blessures à l'aide de l'annexe G remplie par le personnel autorisé lors de l'évaluation hebdomadaire.

Une entrevue avec la diététiste agréée le 22 septembre 2016, a révélé qu'elle n'était pas au courant de la nouvelle version papier du document intitulé *Skin and Wound Care Program: Policies and procedure* (programme de soins de la peau et des plaies : politiques et marche à suivre). La diététiste agréée a déclaré qu'elle n'avait pas reçu les annexes F et G du personnel autorisé, comme l'indique le nouveau programme de soins de la peau et des plaies. Elle a également révélé qu'elle n'était pas au courant de la plaie à la peau de la personne résidente n° 011 dont on pouvait déterminer le stade, et qu'elle n'avait pas effectué d'évaluation pour cette personne résidente. [Disposition 50 (2)b iii)]

**Autres mesures requises :**

***PRV – Aux termes du paragraphe 152 (2) de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer le respect de l'exigence selon laquelle il veille d'une part à ce que les personnes résidentes n° 010 et 011 qui présentent des signes d'altération de l'intégrité épidermique, notamment des ruptures de l'épiderme, des lésions de pression, des déchirures de la peau ou des plaies, se fassent évaluer la peau par un membre du personnel infirmier autorisé au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour l'évaluation de la peau et des plaies, et d'autre part à ce que la personne résidente n° 011 qui présente des signes d'altération de l'intégrité épidermique, notamment des ruptures de l'épiderme, des lésions de pression, des déchirures de la peau ou des plaies, soit évaluée par une diététiste agréée qui fait partie du personnel du foyer. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.***

---

**AE n° 8 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 69 du Règl. de l'Ont. 79/10.**

**Changements de poids**

**Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les résidents dont le poids subit les changements suivants soient évalués en utilisant une méthode interdisciplinaire et à ce que des mesures soient prises et les résultats évalués :**

- 1. Un changement d'au moins 5 pour cent du poids corporel survenu sur un mois.**
- 2. Un changement d'au moins 7,5 pour cent du poids corporel survenu sur trois mois.**
- 3. Un changement d'au moins 10 pour cent du poids corporel survenu sur six mois.**
- 4. Tout autre changement de poids qui compromet l'état de santé d'un résident. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 69.**

**Faits saillants :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne résidente n° 014 fût évaluée et à ce que des mesures fussent prises quand la personne résidente a subi des changements de poids : d'au moins 5 pour cent (%) ou plus survenus sur un (1) mois; d'au moins 7,5 % survenu sur trois (3) mois; d'au moins 10 % survenu sur six mois.

La personne résidente n° 014 a été admise au foyer à une date identifiée. Son diagnostic comportait des antécédents de déficit cognitif et d'autres problèmes médicaux.

La personne résidente était alimentée par une procédure d'alimentation identifiée. À une date identifiée, elle a commencé de consommer un supplément nutritif par voie orale. Un mois plus tard, lors de deux mois identifiés, on a diminué sa procédure d'alimentation et augmenté son absorption du supplément par voie orale. Lors d'un mois identifié, on a diminué l'absorption du supplément d'une certaine quantité par heure pendant des heures identifiées deux fois par jour pour parvenir à une quantité horaire moindre pendant des heures identifiées deux fois par jour, et l'on a augmenté l'absorption du supplément par voie orale de deux quantités différentes à deux moments différents.

**Ministère de la Santé et des Soins de longue durée  
Rapport d'inspection prévu par la *Loi de 2007 sur les  
foyers de soins de longue durée***

Lors d'un mois identifié de 2016, on a prescrit un supplément nutritionnel différent, à consommer par voie orale à des moments spécifiques dans la journée avec deux quantités différentes, et la personne résidente a continué de recevoir 250 ml d'eau deux fois par jour à l'aide de la procédure d'alimentation identifiée. On a transmis un aiguillage pour que la personne résidente soit évaluée par une orthophoniste lors d'une année identifiée. Dans l'évaluation d'une journée identifiée de 2016, la diététiste agréée a indiqué que la personne résidente consommait par voie orale des solides d'une texture identifiée, qu'elle choisissait de ne manger qu'un repas par jour, et qu'elle avait besoin d'encouragement pour ce faire.

Le poids de la personne résidente n° 014 lors d'un mois identifié de 2016 était mentionné comme ayant un certain nombre de kilos, conformément au codage de la section K du formulaire *Minimum Data Set* (minimum de données standardisées) (MDS-MR) de l'évaluation effectuée pour la date d'évaluation de référence du mois identifié.

À la suite de la mise en œuvre de la procédure selon laquelle la personne résidente n° 014 consommait la totalité du supplément par voie orale, au lieu d'en consommer une partie par voie entérale lors du mois identifié de 2016, son poids a chuté de 5,2 kg entre deux mois identifiés, soit une perte de 7 % sur un mois. Cela représentait également une perte de 9,4 % sur trois mois.

Un examen de son dossier médical indique que le poids de la personne résidente n° 014 pour un mois identifié de 2016 et les changements de poids correspondants (une perte de 7 % sur un mois entre deux mois identifiés, et de 9,4 % sur trois mois) n'ont pas été évalués et qu'aucun membre du personnel n'a pris de mesures.

Lors d'une date identifiée de 2016, la diététiste agréée a noté que le poids de la personne résidente n° 014 était stable entre deux mois identifiés. La perte de poids entre les deux mois précédents n'a pas été évaluée.

Le mois suivant en 2016, la diététiste agréée a indiqué que la personne résidente n° 014 avait perdu 2,1 kg en un mois. À ce moment-là, le poids de la personne résidente n° 014 était d'un nombre de kilos spécifiés et représentait une perte de 11,1 % sur une période de six mois. Un examen de son dossier médical indique que la perte de poids importante de la personne résidente n° 014 sur une période de six mois n'avait pas été évaluée et que l'on n'avait pas pris de mesures. [Dispositions 69. 1. 69. 2. 69. 3, 69. 4]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des mesures soient prises en réaction à un changement de poids : d'au moins 5 % survenu sur un mois; d'au moins 7,5 % survenu sur trois mois.

La personne résidente n° 017 a été admise au foyer en 2016. Son diagnostic comportait un déficit cognitif et un autre problème de santé.

Au cours d'une période de deux mois, le poids de la personne résidente n° 017 a diminué de 6,8 %. La personne résidente a subi une autre perte de poids de 6,8 % entre les deux mois suivants.

La perte de poids initiale de la personne résidente entre les deux mois identifiés n'a pas été évaluée avant le mois suivant, date à laquelle elle avait perdu 13,9 % de son poids entre son admission et les trois mois suivants.

Lors de ce dernier mois, la diététiste agréée a évalué le poids de la personne résidente n° 017. Aucune mesure n'a été prise pour remédier à la perte de poids. [Dispositions 69. 1. 69. 2. 69. 3, 69. 4]

#### **Autres mesures requises :**

***PRV – Aux termes du paragraphe 152 (2) de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer le respect de l'exigence selon laquelle la personne résidente n° 014 est évaluée et à ce que des mesures soient prises quand la personne résidente subit des changements de poids : d'au moins 5 pour cent (%) sur un (1) mois; d'au moins 7,5 % sur trois (3) mois; d'au moins 10 % sur six (6) mois, et de veiller à ce que des mesures soient prises en réaction au changement de poids de la personne résidente n° 017 d'au moins 5 pour cent (%) sur un (1) mois; d'au moins 7,5 % sur trois (3) mois. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.***

---

#### **AE n° 9 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 130 du Règl. de l'Ont. 79/10. Sécurité de la réserve de médicaments**

Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que des mesures soient prises pour assurer la sécurité de la réserve de médicaments, notamment les suivantes :

1. Tous les endroits où sont entreposés des médicaments sont gardés verrouillés en tout temps quand ils ne sont pas utilisés.
2. Seuls ont accès à ces endroits :
  - i. les personnes qui peuvent préparer, prescrire ou administrer des médicaments au foyer,
  - ii. l'administrateur du foyer.
3. Une vérification mensuelle des feuilles de calcul quotidien des substances désignées est effectuée afin de déceler tout écart et de prendre des mesures immédiates, le cas échéant. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 130

#### **Faits saillants :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les endroits où sont entreposés des médicaments soient gardés verrouillés en tout temps quand ils ne sont pas utilisés.

Le 19 septembre 2016, l'inspectrice n° 655 a remarqué un chariot de médicaments non verrouillé et sans surveillance à l'extérieur d'une chambre identifiée de personne résidente, à 10 h 18. L'inspectrice n° 655 a pu ouvrir le tiroir du chariot de médicaments à ce moment-là et a remarqué à l'intérieur plusieurs médicaments, et notamment de la diphenhydramine, de l'acétaminophène et du chlorure de potassium. Le chariot de médicaments est resté non verrouillé et sans surveillance pendant six minutes. Il n'y avait pas de membres du personnel ni de personnes résidentes dans cet endroit

pendant la durée de cette observation. À 10 h 24, l'inspectrice n° 655 a observé l'IA n° 101 qui verrouillait le chariot de médicaments seulement après avoir informé l'IA que le chariot n'était pas verrouillé. Lors d'une entrevue le 19 septembre 2016, l'IA n° 101 a reconnu que le chariot de médicaments aurait dû être verrouillé.

Le 26 septembre 2016, l'inspectrice n° 655 a observé l'IAA n° 122 qui laissait un chariot de médicaments non verrouillé et sans surveillance à plusieurs reprises pendant une distribution de médicaments. L'inspectrice a observé que le chariot de médicaments n'était pas verrouillé et était sans surveillance à 12 h 16, 12 h 20, 12 h 49, et 13 heures tandis que l'IAA n° 122 marchait dans le corridor du deuxième étage en direction du salon des personnes résidentes. Il y avait une personne résidente assise sur un fauteuil roulant à côté du chariot de médicaments non verrouillé ce jour-là à 12 h 16.

Lors d'une entrevue, le 26 septembre 2016, l'IAA n° 122 a reconnu que le chariot de médicaments devrait être verrouillé en tout temps, et la raison pour laquelle il ne l'était pas n'a pas été indiquée. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que tous les endroits où sont entreposés des médicaments soient gardés verrouillés en tout temps quand ils ne sont pas utilisés. [Disposition 130. 1]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'accès de tous les endroits où sont entreposés des médicaments soit limité aux personnes qui peuvent préparer, prescrire ou administrer des médicaments au foyer, et à l'administratrice.

Le 22 septembre 2016, l'inspectrice n° 551 a observé le responsable de l'environnement n° 107 qui déverrouillait la réserve de médicaments du deuxième étage et y accédait.

Lors d'une entrevue le 22 septembre 2016, l'IAA n° 105 a indiqué qu'il n'y a qu'un seul entrepôt des médicaments qui est situé au deuxième étage. L'IAA n° 105 a indiqué que les personnes suivantes y ont accès : l'infirmière de garde, la directrice des soins (DDS) n° 100, le responsable de l'environnement n° 107, et l'agente des ressources humaines par intérim n° 120.

Lors d'une entrevue le 23 septembre 2016, le responsable de l'environnement n° 107 a indiqué qu'il avait une clé de chaque salle du foyer, y compris de l'entrepôt des médicaments.

Lors d'une entrevue le 23 septembre 2016, l'IA n° 101 a indiqué qu'il y avait un double de clé de l'entrepôt des médicaments que l'agente des ressources humaines par intérim n° 120 utilise pour avoir accès à l'entrepôt des médicaments au besoin.

Lors d'une entrevue le 23 septembre 2016, la DDS n° 100 a indiqué que l'accès à l'entrepôt des médicaments a été limité à la suite d'une inspection précédente. Néanmoins, la DDS n° 100 a indiqué que le responsable de l'environnement n° 107 et l'agente des ressources humaines par intérim n° 120 ont toujours accès à l'entrepôt des médicaments. Le responsable de l'environnement n° 107 et l'agente des ressources humaines par intérim n° 120 ne préparent pas, ne prescrivent pas ou n'administrent pas de médicaments au foyer.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'accès à l'entrepôt des médicaments soit limité aux personnes qui peuvent préparer, prescrire ou administrer des médicaments au foyer. [Disposition 130. 2]

**Autres mesures requises :**

***PRV – Aux termes du paragraphe 152 (2) de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer le respect de l'exigence selon laquelle les endroits où sont entreposés des médicaments devraient être gardés verrouillés en tout temps quand ils ne sont pas utilisés, et selon laquelle il doit veiller à ce que seules les personnes qui peuvent préparer, prescrire ou administrer des médicaments au foyer, et l'administratrice, aient accès aux endroits où l'on entrepose les médicaments. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.***

---

**AE n° 10 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 221 du Règl. de l'Ont. 79/10. Formation complémentaire – personnel chargé des soins directs**

**En particulier, il ne s'est pas conformé aux dispositions suivantes :**

**Par. 221 (1) Pour l'application de la disposition 6 du paragraphe 76 (7) de la Loi, une formation est offerte à tout le personnel qui fournit des soins directs aux résidents à l'égard des autres domaines suivants :**

**2. Les soins de la peau et des plaies. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 221 (1).**

**Faits saillants :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, pour l'application de la disposition 6 du paragraphe 76 (7) de la Loi, une formation soit offerte à l'égard des soins de la peau et des plaies à tout le personnel qui fournit des soins directs aux personnes résidentes.

Un examen de la feuille de formation intitulée *Basic Skin Care/Wound Prevention* (soins de base de la peau/prévention des plaies), datée du 15 septembre 2015, indiquait que cinq des trente-huit membres du personnel qui fournissent des soins directs aux personnes résidentes avaient reçu la formation susmentionnée.

Une entrevue avec l'IA n° 106 le 21 septembre 2016 indiquait que la DDS avait commencé un nouveau programme de soins de la peau et des plaies en juin 2016, mais les formulaires en version papier intitulés annexes B, F et G, n'avaient pas été utilisés pour les personnes résidentes n° 010 et 011.

Lors d'une entrevue avec la diététiste agréée le 22 septembre 2016, elle a déclaré qu'elle ne savait pas qu'il y avait un nouveau programme de soins de la peau et des plaies et qu'elle n'avait pas non plus reçu de formation.

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée  
Rapport d'inspection prévu par la *Loi de 2007 sur les  
foyers de soins de longue durée*

Une entrevue avec la DDS a révélé que tout le personnel autorisé avait reçu la nouvelle version papier du *Skin and Wound Care Program* (programme de soins de la peau et des plaies). La DDS a déclaré que les membres du personnel autorisé étaient informés qu'ils devaient signer le formulaire pour certifier qu'ils avaient lu et compris le contenu du nouveau programme de soins de la peau et des plaies pour 2016. Cependant, la DDS a déclaré qu'elle n'avait toujours pas reçu toutes les feuilles signées par le personnel autorisé pour 2016.

Une entrevue avec l'agente des ressources humaines par intérim a confirmé que 13 pour cent de tous les membres du personnel qui fournissent des soins directs aux personnes résidentes avaient reçu une formation à l'égard des soins de la peau et des plaies en 2015. [Disposition 221 (1) 2]

**Autres mesures requises :**

***PRV – Aux termes du paragraphe 152 (2) de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer le respect de l'exigence selon laquelle, pour l'application de la disposition 6 du paragraphe 76 (7) de la Loi, il veille à ce que toutes les infirmières reçoivent tous les ans une formation à l'égard des soins de la peau et des plaies. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.***

---

**AE n° 11 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 57 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8.**

**Pouvoirs du conseil des résidents**

**En particulier, il ne s'est pas conformé aux dispositions suivantes :**

**Par. 57 (2) Si le conseil des résidents l'a informé de sujets de préoccupation ou de recommandations en vertu de l'une ou l'autre des dispositions 6 et 8 du paragraphe (1), le titulaire de permis lui répond par écrit au plus tard 10 jours après en avoir été informé. 2007, chap. 8, par. 57 (2).**

**Faits saillants :**

1. Le titulaire de permis n'a pas répondu par écrit 10 jours après avoir reçu un avis du conseil des résidents concernant des sujets de préoccupation ou des recommandations.

On a examiné les procès-verbaux des réunions du conseil des résidents, et l'on a remarqué que l'on avait fait part de sujets de préoccupations ou de recommandations, y compris ce qui suit :

Janvier 2016 :

- Les personnes résidentes ont demandé des choix spécifiques de menus au déjeuner/dîner.
- Les personnes résidentes s'inquiétaient d'une part du fait que des personnes résidentes déambulaient dans la chambre d'autres personnes résidentes et d'autre part des personnes résidentes qui appelaient à l'aide la nuit.

Février 2016 :

Mêmes sujets de préoccupation que ceux exprimés lors de la réunion de janvier 2016.

Avril 2016 :

- Les personnes résidentes qui mangent au second service trouvaient qu'il fallait attendre trop longtemps entre les repas.
- Préoccupations concernant les changements de routines des PSSP.

Mai 2016 :

- Mêmes sujets de préoccupation que ceux exprimés lors de la réunion d'avril 2016.

Juillet 2016 :

- Les personnes résidentes ont demandé des choix spécifiques aux menus du brunch.

Août 2016 :

- Mêmes sujets de préoccupation que ceux exprimés lors de la réunion de juillet 2016.

Le 23 septembre 2016, la directrice des activités et assistante du conseil des résidents a déclaré qu'à la suite de la réunion du conseil des résidents, elle informe le ou la responsable du service concerné de tout sujet de préoccupation ou de toute recommandation dont le conseil des résidents a fait part. Elle a déclaré que, dans le procès-verbal des réunions, il y a une colonne vierge à côté de la recommandation ou du sujet de préoccupation pour que le membre du personnel concerné y réponde par écrit au conseil des résidents. Elle a déclaré qu'elle n'avait pas reçu de réponse écrite depuis un certain temps. Si l'on reçoit une réponse écrite, on en fait part lors de la prochaine réunion du conseil des résidents. On n'a trouvé aucune réponse écrite aux sujets de préoccupation susmentionnés dans le cartable du conseil des résidents qui est tenu par l'assistante du conseil. [Par. 57 (2)]

---

**AE n° 12 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 67 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8.**

**Le titulaire de permis a l'obligation de consulter régulièrement le conseil des résidents et le conseil des familles, s'il y en a un, et, dans tous les cas, il les consulte tous les trois mois au moins. 2007, chap. 8, art. 67.**

#### **Faits saillants :**

1. Le titulaire de permis n'a pas consulté régulièrement le conseil des familles, tous les trois mois au moins, après le recrutement de ses membres en décembre 2015.

Un examen du cartable du conseil des familles et une entrevue avec la directrice des activités ont confirmé que le dernier conseil des familles a eu lieu le 26 août 2015.

Une entrevue avec un membre du conseil des familles le 23 septembre 2016 a révélé que le titulaire de permis n'a jamais consulté le conseil des familles depuis le nouveau recrutement de ses membres en décembre 2015.

Une entrevue avec la directrice des activités le 23 septembre 2016 a révélé que le foyer avait quatre membres du conseil des familles. La directrice des activités a déclaré que le foyer avait été en mesure de recruter des membres supplémentaires pendant la période de Noël en 2015; toutefois, on n'avait organisé aucune réunion du conseil des familles.

Une entrevue avec l'administratrice le 23 septembre 2016 a révélé que le titulaire de permis n'avait pas eu de réunion du conseil des familles depuis le 26 août 2015, et qu'il n'avait pas consulté régulièrement ses membres en place, au moins une fois tous les trois mois. [Article 67]

---

**AE n° 13 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 79 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8.**  
**Affichage des renseignements**

**En particulier, il ne s'est pas conformé aux dispositions suivantes :**

**Par. 79 (3) Les renseignements exigés pour l'application des paragraphes (1) et (2) sont les suivants :**

- a) la déclaration des droits des résidents; 2007, chap. 8, par. 79 (3).**
- b) l'énoncé de mission du foyer de soins de longue durée; 2007, chap. 8, par. 79 (3).**
- c) la politique du foyer de soins de longue durée visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents; 2007, chap. 8, par. 79 (3).**
- d) une explication de l'obligation de faire rapport prévue à l'article 24; 2007, chap. 8, par. 79 (3).**
- e) la marche à suivre du foyer de soins de longue durée pour porter plainte auprès du titulaire de permis; 2007, chap. 8, par. 79 (3).**
- f) la marche à suivre écrite, fournie par le directeur, pour porter plainte auprès de lui, ainsi que ses nom et numéro de téléphone, ou les nom et numéro de téléphone d'une personne qu'il désigne pour recevoir les plaintes; 2007, chap. 8, par. 79 (3).**
- g) un avis de la politique du foyer de soins de longue durée visant à réduire au minimum l'utilisation de la contention sur les résidents et la façon d'en obtenir une copie; 2007, chap. 8, par. 79 (3).**
- h) les nom et numéro de téléphone du titulaire de permis; 2007, chap. 8, par. 79 (3).**
- i) une explication des mesures à prendre en cas d'incendie; 2007, chap. 8, par. 79 (3).**
- j) une explication du plan d'évacuation; 2007, chap. 8, par. 79 (3).**
- k) des copies des rapports d'inspection des deux dernières années à l'intention du foyer de soins de longue durée; 2007, chap. 8, par. 79 (3).**
- l) les ordres donnés par un inspecteur ou le directeur à l'égard du foyer de soins de longue durée qui sont en vigueur ou qui ont été donnés au cours des deux dernières années; 2007, chap. 8, par. 79 (3).**

- m) les décisions que la Commission d'appel ou la Cour divisionnaire a rendues au cours des deux dernières années aux termes de la présente loi à l'égard du foyer de soins de longue durée; 2007, chap. 8, par. 79 (3).
- n) le plus récent procès-verbal des réunions du conseil des résidents, avec le consentement de celui-ci; 2007, chap. 8, par. 79 (3).
- o) le plus récent procès-verbal des réunions, s'il y en a, du conseil des familles, avec le consentement de celui-ci;
- p) une explication des protections qu'offre l'article 26; 2007, chap. 8, par. 79 (3).
- q) les autres renseignements que prévoient les règlements. 2007, chap. 8, par. 79 (3). 2007, chap. 8, par. 79 (3).

#### Faits saillants :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des copies des rapports d'inspection des deux dernières années à l'intention du foyer de soins de longue durée soient affichées dans un endroit bien en vue et facile d'accès du foyer.

Le 19 septembre 2016, une visite du foyer a eu lieu, et l'on a remarqué que les rapports d'inspection de 2015 étaient dans un logement en plastique noir fixé au mur. On n'a trouvé aucun rapport d'inspection de 2016.

Le 23 septembre 2016, on a remarqué que l'on avait changé de place les rapports d'inspection et qu'ils étaient affichés sur un panneau en liège, dans une chemise en plastique. Quatre rapports d'inspection étaient affichés (2016\_346133\_0014, 2016\_284545\_0005, 2016\_346133\_0001 et 2015\_346133\_0045).

Un examen de l'historique de conformité du foyer indique que le foyer a été inspecté à douze reprises au cours des deux dernières années. Sept des douze rapports d'inspection n'étaient pas affichés.

Le 23 septembre 2016, l'administratrice a dit à l'inspectrice n° 211 qu'elle avait l'impression que les rapports étaient affichés conformément aux exigences de la loi. [Alinéa 79 (3)k]

---

**AE n° 14 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 85 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8.**

#### **Sondage sur la satisfaction**

**En particulier, il ne s'est pas conformé aux dispositions suivantes :**

**Par. 85 (3) Le titulaire de permis demande conseil au conseil des résidents et au conseil des familles, s'il y en a un, pour mettre au point et réaliser le sondage et pour donner suite aux résultats de celui-ci. 2007, chap. 8, par. 85 (3).**

**Par. 85 (4) Le titulaire de permis veille à ce qui suit :**

- a) les résultats du sondage sont documentés et communiqués au conseil des résidents et au conseil des familles, s'il y en a un, pour leur demander conseil aux termes du paragraphe (3); 2007, chap. 8, par. 85 (4).
- b) les mesures prises en fonction des résultats du sondage pour améliorer le foyer de soins de longue durée ainsi que les soins, les services, les programmes et les biens qui y sont fournis sont documentées et mises à la disposition du conseil des résidents et du conseil des familles, s'il y en a un; 2007, chap. 8, par. 85 (4).
- c) la documentation qu'exigent les alinéas a) et b) est mise à la disposition des résidents et de leur famille; 2007, chap. 8, par. 85 (4).
- d) la documentation qu'exigent les alinéas a) et b) est conservée au foyer de soins de longue durée et est disponible lors d'une inspection effectuée en vertu de la partie IX. 2007, chap. 8, par. 85 (4).

**Faits saillants :**

1. Le titulaire de permis n'a pas demandé conseil au conseil des résidents pour mettre au point et réaliser le sondage sur la satisfaction et pour donner suite aux résultats de celui-ci.

L'administratrice a déclaré qu'il incombait à l'assistante du conseil des résidents de lui demander conseil pour mettre au point et réaliser le sondage sur la satisfaction, et pour donner suite aux résultats de celui-ci, et qu'elle avait l'impression qu'elle l'avait fait.

D'après la directrice des activités et l'assistante du conseil des résidents, le sondage de 2015 sur la satisfaction a été envoyé en janvier 2015. L'assistante a déclaré qu'elle n'était pas au courant de la disposition législative voulant que l'on demande conseil au conseil des résidents pour mettre au point et réaliser le sondage sur la satisfaction, et pour donner suite aux résultats de celui-ci, et qu'elle ne l'avait pas fait. [Par. 85 (3)]

2. Le titulaire de permis n'a pas communiqué au conseil des résidents les résultats du sondage pour lui demander conseil au sujet du sondage.

L'administratrice a déclaré qu'il incombait à l'assistante du conseil des résidents de présenter les résultats compilés du sondage de la satisfaction au conseil des résidents, et qu'elle avait l'impression que cela avait été fait aux environs du mois de mai 2015.

L'assistante a déclaré qu'elle n'avait pas communiqué les résultats du sondage de la satisfaction 2015 au conseil des résidents.

On a examiné les procès-verbaux du conseil des résidents pour 2015, et il n'y avait aucune indication que les résultats avaient été communiqués au conseil. [Alinéa 85 (4)a]

---

**AE n° 15 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 228 du Règl. de l'Ont. 79/10  
Amélioration constante de la qualité**

**Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le système d'amélioration de la qualité et d'examen de l'utilisation des ressources exigé à l'article 84 de la Loi soit conforme aux exigences suivantes :**

- 1. Doit être consignée par écrit une description du système qui comprend ses buts, objectifs, politiques, marches à suivre et protocoles ainsi qu'un processus pour identifier les initiatives à examiner.**
- 2. Le système doit être continu et être fondé sur une approche interdisciplinaire.**
- 3. Les améliorations apportées à la qualité de l'hébergement, des soins, des services, des programmes et des biens fournis aux résidents doivent être communiquées sur une base continue au conseil des résidents, au conseil des familles et au personnel du foyer.**
- 4. Le titulaire de permis doit consigner dans un dossier les renseignements suivants :**
  - i. les questions visées à la disposition 3,**
  - ii. le nom des personnes qui ont participé aux évaluations et les dates auxquelles les améliorations ont été mises en œuvre,**
  - iii. les communications visées à la disposition 3. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 228.**

**Faits saillants :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les améliorations apportées à la qualité de l'hébergement, des soins, des services, des programmes et des biens fournis aux résidents dans le cadre du système d'amélioration de la qualité et d'examen de l'utilisation des ressources soient communiquées au conseil des résidents.

L'assistante du conseil des résidents a déclaré que les améliorations apportées dans le cadre du programme d'amélioration de la qualité ne sont pas communiquées au conseil des résidents. Elle a affirmé que si elles l'étaient, elles figureraient dans les procès-verbaux de réunions. On a examiné les procès-verbaux des réunions pour 2016, et il n'y avait aucune indication que l'on avait communiqué les améliorations apportées à la qualité. [Disposition 228. 3]

**Émis le 4 janvier 2017.**

**Signature de l'inspectrice ou des inspectrices**



**Ministry of Health and Long-Term Care  
Inspection Report under the Long-Term Care Homes  
Act, 2007**

**Ministère de la Santé et des Soins de longue durée  
Rapport d'inspection prévu par la *Loi de 2007 sur les  
foyers de soins de longue durée***

**Original du rapport signé par l'inspectrice.**



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

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

**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*

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

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

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

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 destinée au public**

---

**Nom de l'inspectrice (n°) :** JOELLE TAILLEFER (211). MEGAN MACPHAIL (551),  
MICHELLE JONES (655)

**N° de l'inspection :** 2016\_219211\_0023

**Registre n° :** 013533-16

**Genre d'inspection :** Inspection de la qualité des services aux personnes  
résidentes

**Date(s) du rapport :** 1<sup>er</sup> décembre 2016

**Titulaire de permis :** TAMINAGI INC.  
5, rue Loiselle, CP 2132, Embrun, ON K0A 1W1

**Foyer de SLD :** SARFIELD COLONIAL HOME  
2861, chemin Colonial, CP 130, Sarsfield ON K0A 3E0

**Nom de l'administratrice :** CHANTAL CRISPIN

**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*

---

À l'intention de TAMINAGI INC., vous êtes tenus par les présentes de vous conformer à l'ordre ou aux ordres suivants d'ici la ou les dates mentionnées ci-dessous :

---

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

**Aux termes du :**

paragraphe 8 (3) de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qu'au moins une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé qui est à la fois un employé du titulaire de permis et un membre du personnel infirmier permanent du foyer soit de service et présent au foyer en tout temps, sauf disposition contraire des règlements. 2007, chap. 8, par. 8 (3).

**Ordre :**

Le titulaire de permis doit rédiger, soumettre et mettre en œuvre un plan pour se conformer à l'exigence de prendre des mesures pour veiller à ce qu'au moins une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé qui est à la fois un employé du titulaire de permis et un membre du personnel infirmier permanent du foyer soit de service et présent au foyer en tout temps, sauf disposition contraire des règlements.

Le plan comportera toutes les stratégies de recrutement et de maintien en poste et le plan de dotation du foyer en personnel de remplacement d'urgence pour gérer l'absentéisme des infirmières autorisées et infirmiers autorisés.

Ce plan doit être soumis par écrit d'ici le 9 décembre 2017 à :  
Megan MacPhail, inspectrice des foyers de soins de longue durée, par télécopieur au 613 569-9670.

**Motifs :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'au moins une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé qui est à la fois un employé du titulaire de permis et un membre du personnel infirmier permanent du foyer soit de service et présent au foyer en tout temps, comme l'exige le paragraphe 8 (3) de la Loi.

Sarsfield Colonial Home est un foyer de 46 lits.

D'après la planificatrice des horaires du personnel n° 120, les quarts de travail des IA sont de 6 heures à 14 heures (quart de jour), de 14 heures à 20 heures (quart du soir) et de 20 heures à 6 heures (quart de nuit).

**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*

Selon le Règlement de l'Ontario 79/10, voici les exceptions à l'exigence qu'au moins une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé qui est à la fois un employé du titulaire de permis et un membre du personnel infirmier permanent du foyer soit de service et présent au foyer en tout temps, comme l'exige le paragraphe 8 (3) de la Loi :

Alinéa 45 (1) 1. Pour les foyers dont la capacité en lits autorisés est de 64 lits ou moins :

- i. il peut être fait appel à une infirmière autorisée ou à un infirmier autorisé qui travaille au foyer conformément à un contrat ou à une entente entre l'infirmière autorisée ou l'infirmier autorisé et le titulaire de permis et qui fait partie du personnel infirmier permanent,
- ii. dans une situation d'urgence où le plan d'urgence visé à l'alinéa 31 (3)d) du présent règlement ne permet pas de satisfaire à l'exigence prévue au paragraphe 8 (3) de la Loi :
  - A. soit il peut être fait appel à une infirmière autorisée ou à un infirmier autorisé qui travaille au foyer conformément à un contrat ou à une entente entre le titulaire de permis et une agence de placement ou un tiers si le directeur des soins infirmiers et des soins personnels ou une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé qui est à la fois un employé du titulaire de permis et un membre du personnel infirmier permanent peut être rejoint au téléphone,
  - B. soit il peut être fait appel à une infirmière auxiliaire autorisée ou à un infirmier auxiliaire autorisé qui fait partie du personnel infirmier permanent si le directeur des soins infirmiers et des soins personnels ou une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé qui est à la fois un employé du titulaire de permis et un membre du personnel infirmier permanent peut être rejoint au téléphone.

Le paragraphe 45 (2) du Règlement de l'Ontario 79/10 indique que l'on entend par « situation d'urgence » une situation imprévue de nature grave qui empêche une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé de se rendre au foyer de soins de longue durée.

Selon le paragraphe 8 (4) de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, pendant les heures où l'administrateur du foyer ou le directeur des soins infirmiers et des soins personnels travaille à ce titre, il ne doit pas être considéré comme étant une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé qui assure la permanence dans le foyer de soins de longue durée pour l'application du paragraphe (3), sauf disposition contraire des règlements.

Un examen des plannings du personnel (du 18 juin au 23 septembre 2016) indiquait qu'il n'y avait pas de preuve qu'au moins une ou un IA qui était à la fois un employé du titulaire de permis et un membre du personnel infirmier permanent fût de service et présent au foyer de soins de longue durée pour des dates spécifiques, en sus des heures requises pour que la DDS assure le service 24 heures par semaine :

Les 18, 19, 22, 23, 24 et 28 juin 2016 : pour tous les quarts de travail de 14 heures à 18 heures

Le 27 juin 2016 : de 10 heures à 14 heures

Le 6 juillet 2016 : de 14 heures à 2 heures

Le 8 juillet 2016 : de 14 heures à 18 heures

Le 14 juillet 2016 : de 6 heures à 10 heures

Le 31 juillet 2016 : de 14 heures à 18 heures

Les 2, 4, 10, 11 et 24 août 2016 : pour tous les quarts de travail de jour de 6 heures à 14 heures

Le 28 août 2016 : pour les quarts de travail de jour et du soir de 6 heures à 21 heures.



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

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

**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

L'inspectrice et la planificatrice des horaires du personnel n° 120 ont examiné chacune des dates susmentionnées et l'on a confirmé qu'il n'y avait pas eu de situations d'urgence imprévue.

La DDS a indiqué qu'en l'absence d'une ou d'un IA travaillant au foyer, soit elle faisait des heures supplémentaires sur place en qualité d'IA ou de DDS supervisant l'IAA que l'on assigne pour remplacer l'IA, ou elle pouvait être rejointe par téléphone. Lors de l'inspection, on a indiqué qu'une ou un IA d'une agence travaillait lors de quarts de travail identifiés pendant trois dates de 2016. On n'avait pas signalé de situation d'urgence à ces dates-là.

Un ordre de conformité est émis parce que l'absence d'une infirmière autorisée ou d'un infirmier autorisé, qui est membre du personnel infirmier permanent et qui connaît bien les personnes résidentes qui sont au foyer de soins de longue durée, constitue potentiellement un risque pour la sécurité des personnes résidentes et a une incidence sur toute personne résidente qui vit au foyer étant donné le nombre élevé d'absences identifiées. [Par. 8 (3)] (551)

**Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le : 24 février 2017**



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

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

**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

## **RENSEIGNEMENTS SUR LE RÉEXAMEN/L'APPEL**

### PRENDRE AVIS

En vertu de l'article 163 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, le titulaire de permis peut demander au directeur de réexaminer l'ordre ou les ordres qu'il a donnés et d'en suspendre l'exécution.

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

La demande de réexamen doit contenir ce qui suit :

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

La demande écrite est signifiée en personne ou envoyée par courrier recommandé ou par télécopieur au :

Directeur  
a/s Coordinateur des 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<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M5S-2B1  
Télécopieur : 416 327-7603



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

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

**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*

Les demandes envoyées par courrier recommandé sont réputées avoir été signifiées le cinquième jour suivant l'envoi et, en cas de transmission par télécopieur, la signification est réputée faite le jour ouvrable suivant l'envoi. Si le titulaire de permis ne reçoit pas d'avis écrit de la décision du directeur dans les 28 jours suivant la signification de la demande de réexamen, l'ordre ou les ordres sont réputés confirmés par le directeur. Dans ce cas, le titulaire de permis est réputé avoir reçu une copie de la décision avant l'expiration du délai de 28 jours.

En vertu de l'article 164 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, le titulaire de permis a le droit d'interjeter appel, auprès de la Commission d'appel et de révision des services de santé, de la décision rendue par le directeur au sujet d'une demande de réexamen d'un ordre ou d'ordres donnés par un inspecteur. La Commission est un tribunal indépendant du ministère. Il a été établi en vertu de la loi et il a pour mandat de trancher des litiges concernant les services de santé. Le titulaire de permis qui décide de demander une audience doit, dans les 28 jours qui suivent celui où lui a été signifié l'avis de décision du directeur, faire parvenir un avis d'appel écrit aux deux endroits suivants :

À l'attention du registraire  
Commission d'appel et de  
révision des services de santé  
151, rue Bloor Ouest, 9<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario) M5S 2T5

Directeur  
a/s Coordinateur des 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<sup>e</sup> étage  
Ontario ON M5S 2B1  
Télécopieur : 416 327-7603



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

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

**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

La Commission accusera réception des avis d'appel et transmettra des instructions sur la façon de procéder pour interjeter appel. Les titulaires de permis peuvent se renseigner sur la Commission d'appel et de révision des services de santé en consultant son site Web, au [www.hsarb.on.ca](http://www.hsarb.on.ca).

**Émis le 1<sup>er</sup> décembre 2016 (A1)**

**Signature de l'inspectrice :**

**Nom de l'inspectrice :** Joelle Taillefer

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