



**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**

Health System Accountability and
Performance Division
Performance Improvement and
Compliance Branch

Division de la responsabilisation et de la
performance du système de santé
Direction de l'amélioration de la performance et
de la conformité

Ottawa Service Area Office
347 Preston St 4th Floor
OTTAWA ON L1K 0E1
Telephone: (613) 569-5602
Facsimile: (613) 569-9670

Bureau régional de services d'Ottawa
347, rue Preston, 4^e étage
OTTAWA (Ontario) L1K 0E1
Téléphone : 613 569-5602
Télécopieur : 613 569-9670

Copie destinée au public

Date(s) du rapport	N° d'inspection	N° de registre	Type d'inspection
5 février 2015	2014_381592_0016	O-001364-14	Inspection de la qualité des services aux résidents

Titulaire de permis

Ville d'Ottawa

Direction des soins de longue durée, 275, avenue Perrier, OTTAWA (Ontario) K1L 5C6

Foyer de soins de longue durée

CENTRE D'ACCUEIL CHAMPLAIN

275, RUE PERRIER, VANIER (ONTARIO) K1L 5C6

Inspecteur(s)/Inspectrice(s)

MELANIE SARRAZIN (592), HUMPHREY JACQUES (599), JOANNE HENRIE (550), LISA KLUKE (547), SUSAN WENDT (546)

Résumé de l'inspection



**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***

Cette inspection a été menée dans le cadre d'une inspection de la qualité des services aux résidents.

Cette inspection s'est tenue les 22, 23, 24, 29, 30 et 31 décembre 2014, ainsi que le 2 janvier 2015.

Au cours de l'inspection, l'inspectrice s'est entretenue avec l'administrateur, un directeur des soins, le gestionnaire des services alimentaires, le gestionnaire des services environnementaux, le gestionnaire de l'entretien, le directeur des activités, plusieurs infirmières autorisées, plusieurs infirmières auxiliaires autorisées, plusieurs préposés aux services de soutien personnel, plusieurs employés du service d'entretien, un préposé aux activités, plusieurs employés du service de diététique, l'adjoint de l'administrateur, le commis aux programmes, le président du conseil des résidents, le président du conseil des familles, ainsi que plusieurs résidents et plusieurs membres de leur famille.

Les protocoles d'inspection suivants ont été utilisés lors de cette inspection :

- conseil des familles;
- conseil des résidents;
- facilitation des selles et soins liés à l'incontinence;
- foyer sûr et sécuritaire;
- médicaments;
- observation du service de restauration;
- prévention des chutes;
- prévention des mauvais traitements, de la négligence et des représailles;
- prévention et contrôle des infections;
- recours minimal à la contention;
- services d'hébergement – entretien ménager;
- services de soutien personnel;
- soins de la peau et des plaies;

Un ou plusieurs non-respects ont été constatés au cours de cette inspection.

- 8 AE
- 4 PRV
- 1 OC
- 0 RD
- 0 OTA

NON-RESPECTS**Définitions**

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

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

Un non-respect des exigences prévues par la LFSLD a été constaté. Une exigence prévue par la LFSLD s'entend d'une exigence telle que définie au paragraphe 2 (1) de la LFSLD, sous l'intitulé « exigence prévue par la présente loi ».

AE n° 1 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 15 (Services d'hébergement).

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

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;**
- b) le linge de maison et les vêtements de chaque résident sont recueillis, triés, nettoyés et livrés;**
- 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).**

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer et l'ameublement soient entretenus de façon qu'ils soient toujours propres et sanitaires dans la salle à manger du 2^e étage.

Le 22 décembre 2014, l'inspectrice 547 a vu que les murs et les plinthes de la salle à manger et d'activités du 2^e étage étaient souillés d'aliments secs et de liquide. Elle a noté que les rideaux de la première fenêtre à gauche de la salle à manger principale avaient été éclaboussés d'aliments orangé-brun et que le tissu était taché à plusieurs endroits. La porte et le mur à l'extérieur de la cuisine de cette salle à manger portaient aussi plusieurs traces d'aliments séchés et il y avait des marques noires sur la porte. Dans la salle qui sert à la fois de salle à manger principale et de salle d'activité, à la base des plinthes en linoléum, il y avait de la poussière et une matière grise collante qui étaient incrustées

sur le revêtement de sol, mais que l'inspectrice 547 a pu enlever facilement en grattant avec son ongle. La base de chaque table portait des éclaboussures blanches ainsi que des débris d'aliments qui n'avaient pas été correctement nettoyés. Le cadre de la fenêtre du comptoir de service qui donne sur la cuisine avait aussi, sur les bords et dans les coins, des débris brun foncé qui n'avaient pas été correctement nettoyés. De la matière brune séchée a également été notée sur la fenêtre de ce comptoir de service. Ces secteurs sont restés inchangés le 31 décembre 2014 durant l'observation faite par l'inspectrice 547.

Le 31 décembre 2014, l'inspectrice 547 a interrogé l'employé 118 au sujet des exigences du foyer en ce qui concerne la propreté et le nettoyage de la salle à manger/salle d'activités. L'employé 118 savait quels secteurs de ces salles n'avaient pas été nettoyés et désinfectés correctement et a indiqué que leur entretien était prévu dans le cadre du nettoyage complet de cette salle. Ce nettoyage hebdomadaire en profondeur fait partie des tâches du personnel de soir. L'employé 118 a indiqué que les employés communiquaient leurs préoccupations au gestionnaire des services environnementaux au moyen d'une note explicative au verso des feuilles de tâches pour la semaine et plaçaient ces feuilles dans sa boîte aux lettres le lundi matin et que le gestionnaire des services environnementaux était au courant de la situation.

Le 31 décembre 2014, l'inspectrice 547 a interrogé le gestionnaire des services environnementaux du foyer, qui a indiqué qu'il avait été mis au courant des problèmes de nettoyage du 2^e étage par des membres du personnel. Le gestionnaire des services environnementaux a fourni à l'inspectrice 547 une copie du calendrier des tâches du personnel de soir, qui indiquait que le nettoyage de la salle à manger et d'activités du 2^e étage, de la cuisine et du bloc alimentaire devait être fait le lundi soir chaque semaine. Le gestionnaire des services environnementaux a également fourni à l'inspectrice 547 une copie de la politique et de la marche à suivre de la ville d'Ottawa concernant le nettoyage complet (politique AT&OP n^o 420.05), dont la dernière mise à jour remonte à juillet 2014. Cette politique indiquait qu'un nettoyage complet devait être fait lorsqu'une salle fait l'objet d'un nettoyage en profondeur. Un nettoyage complet est effectué une fois par semaine dans tous les secteurs du foyer et consigné sur la feuille de tâches du secteur.

Le gestionnaire des services environnementaux n'a pas pu démontrer que l'une ou l'autre de ces feuilles de tâches pour les quarts de soir avaient été retournées à son bureau conformément aux exigences. Le gestionnaire des services environnementaux a également indiqué qu'il n'avait pas fait de contrôle proprement dit depuis plusieurs mois en ce qui concerne le nettoyage du foyer ou le suivi des préoccupations soulevées. [alinéa 15 (2) a)]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer, l'ameublement et le matériel soient entretenus de façon qu'ils soient sûrs et en bon état. 2007, chap. 8, alinéa 15 (2) c). Ceci concerne particulièrement les systèmes de sécurité en place à l'entrée principale et à la porte de sortie de la salle du personnel du rez-de-chaussée.

Le 31 décembre 2015, l'inspectrice 550 a remarqué que la porte de sortie de la salle du personnel donnant sur l'extérieur et sur le terrain de stationnement de l'immeuble était fermée, mais non verrouillée. La porte est équipée d'un système à cartes de contrôle d'accès; cependant, l'inspectrice n'a pas utilisé de carte d'accès pour ouvrir la porte au moment de l'observation.

La salle du personnel est située au rez-de-chaussée et accessible par deux portes différentes; l'une est celle du couloir principal du côté ouest de l'immeuble et l'autre se trouve dans la salle à manger de la véranda. Ces deux portes d'accès restent fermées, mais non verrouillées. Ainsi, la porte de sortie de la salle du personnel est toujours accessible aux résidents. La porte de sortie de la salle du personnel donne sur le côté ouest de l'immeuble et conduit à l'entrée principale du foyer et à la route principale. L'inspectrice 592, accompagnée de l'administrateur du foyer, a remarqué que la porte de sortie de la salle du personnel n'était pas verrouillée et qu'aucun système d'alarme sonore n'a été activé lorsque la porte a été tenue ouverte. L'administrateur a expliqué à l'inspectrice 592 que la porte de sortie de la salle du personnel devait être verrouillée en tout temps, qu'elle ne devait s'ouvrir qu'en utilisant le système à cartes de contrôle d'accès et qu'une alarme sonore devait se déclencher si la porte s'ouvre après un laps de temps prédéfini. De plus, si la porte s'ouvre sans utiliser de système à cartes de contrôle d'accès, une alarme devrait retentir immédiatement au point d'activation.

Plus tard ce jour-là, il a été constaté par l'inspectrice 592, en présence de l'administrateur, que le système à cartes de contrôle d'accès avait été réparé et que la porte était verrouillée.

Le 31 décembre 2014, l'inspectrice 592 a remarqué que la porte d'entrée principale était équipée d'un système à cartes de contrôle d'accès. La porte a été ouverte au moyen de la carte d'accès du foyer et maintenue ouverte environ 5 minutes. Il n'y a pas eu d'alarme sonore. Les employés 112 et 113, qui étaient à la réception, ont indiqué qu'habituellement ils recevraient un appel téléphonique du centre d'opérations pour la sécurité des entreprises de la Ville d'Ottawa, situé hors site. Or, ils n'ont pas reçu d'appel. L'inspectrice 592, accompagnée de l'administrateur, a ouvert la porte principale au moyen de la carte d'accès et a gardé la porte ouverte environ trois minutes mais il n'y a pas eu d'alarme sonore. L'administrateur a indiqué à l'inspectrice 592 que lorsqu'une porte reste ouverte plus d'une minute :

- l'alarme devrait se faire entendre au poste de soins infirmiers du 2^e étage si le système d'alarme est branché sur le panneau de contrôle audio-visuel;
- tous les téléavertisseurs du personnel du 2^e étage reçoivent une notification d'alarme de porte active;
- le centre d'opérations pour la sécurité des entreprises de la Ville d'Ottawa, situé hors site, devrait appeler immédiatement pour aviser le foyer.

Plus tard ce jour-là, l'inspectrice 592 a constaté, en présence de l'administrateur, que le système d'alarme de la porte d'entrée principale avait été réparé. Une alarme sonore a retenti à la porte lorsqu'elle est restée ouverte un certain temps.

Conformément aux alinéas 9 (1) 1.I et III du Règl. 79/10, les portes accessibles aux résidents qui donnent sur l'extérieur du foyer, sauf celles qui donnent sur les zones extérieures sécurisées qui

empêchent les résidents de sortir, doivent être gardées fermées et verrouillées et être équipées d'une alarme sonore. [alinéa 15 (2) c)]

Autres mesures requises :

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

AE n° 2 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé Règlement 79/10 de l'Ontario, art. 8 (Respect des politiques et dossiers).

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

8. (1) Lorsque la Loi ou le présent règlement exige que le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée ait, établisse ou par ailleurs mette en place un programme, un plan, une politique, un protocole, une marche à suivre, une stratégie ou un système, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que ceux-ci :

- a) d'une part, soient conformes à toutes les exigences applicables de la Loi et mis en œuvre conformément à celles-ci;**
- b) d'autre part, soient respectés. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 8 (1).**

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à se conformer au Règl. de l'Ont. 79/10, alinéa 8 (1) b), dans la mesure où les politiques et les marches à suivre écrites n'ont pas été respectées.

Conformément au Règl. de l'Ont. 79/10, par. 131 (6), s'il est permis à un résident du foyer de s'administrer un médicament en vertu du paragraphe (5), le titulaire de permis veille à ce que des politiques écrites soient mises en place pour s'assurer que les résidents qui le font comprennent ce qui suit :

- a) l'utilisation du médicament;
- b) la nécessité du médicament;
- c) la nécessité de surveiller et de documenter l'utilisation du médicament;
- d) la nécessité qu'ils mettent le médicament en sûreté s'il leur est permis de le garder sur eux ou dans leur chambre en vertu du paragraphe (7). Règl. de l'Ont. 79/10, par. 131 (6).

Comme en témoignent les faits suivants, la politique et les marches à suivre du foyer pour le document intitulé Resident Self Administration Index 03-04-10 n'ont pas été respectées.

Le 29 décembre 2014, l'inspectrice 592 a remarqué, sur la table de chevet de la chambre d'un résident, les médicaments d'ordonnance suivants :

un flacon d'Azarga 1,0 % : 1 à 2 gouttes dans les deux yeux BID;
un flacon de Loperamide 2 mg : 1 cachet BID au besoin;
deux flacons de Tears Natural : une goutte TID dans les deux yeux;
deux flacons de Lumigan RC 0,01 % : une goutte dans chaque œil au coucher.

Durant un entretien avec le résident 02 le 29 décembre 2014, le résident a indiqué à l'inspectrice 592 qu'il est incapable de gérer ses médicaments lui-même et qu'il les laissait toujours sur sa table de chevet pour ne pas oublier de les prendre.

Lorsqu'elle a consulté la politique de la pharmacie Medisystem pour examiner le document Resident Self Administration Index n° 03-04-10 le 29 décembre 2014, l'inspectrice 592 a indiqué que l'infirmier ou le pharmacien-conseil effectuait un contrôle de l'autoadministration des médicaments pour évaluer la capacité du résident à s'autoadministrer les médicaments conformément à la marche à suivre de l'établissement. Cette évaluation devrait permettre d'assurer que le résident comprend :

- a) l'utilisation du médicament;
- b) la nécessité du médicament;
- c) l'effet secondaire potentiel du médicament;
- d) la nécessité de contrôler et de documenter l'utilisation du médicament et l'importance du rangement du médicament en lieu sûr et sécuritaire (si le résident est autorisé à conserver les médicaments en sa possession).

Lors de l'examen des ordres du médecin un jour d'octobre 2014, il est indiqué que les médicaments ont été prescrits pour autoadministration et qu'ils doivent être gardés au chevet du résident.

Lors d'un entretien le 29 décembre 2014, l'employé 102 a indiqué à l'inspectrice 592 que le résident 02 avait dans sa chambre des médicaments qu'il devait s'autoadministrer, mais qu'il ne connaissait pas la politique et les exigences du foyer concernant l'autoadministration des médicaments.

Lors d'un entretien le 29 décembre 2014, l'administratrice a indiqué à l'inspectrice 592 que, selon les exigences du foyer, les résidents qui ont le droit de garder leurs médicaments à leur chevet devraient garder les médicaments d'ordonnance dans un tiroir verrouillé à côté de leur lit. Elle a également indiqué que le résident devrait avoir en place une évaluation afin d'assurer qu'il est capable de s'autoadministrer ses médicaments en toute sécurité. L'administratrice a indiqué à l'inspectrice 592 que, lors d'un entretien, le personnel autorisé du 3^e étage avait indiqué que le résident 02 devait garder ses médicaments avec ses effets personnels, mais que le personnel était souvent obligé de lui rappeler de laisser ses médicaments sur sa table de chevet. L'administratrice a également indiqué à l'inspectrice 592 qu'elle était incapable de fournir une évaluation pour l'autoadministration de médicaments au résident 02. [alinéa 8 (1) b)]

Autres mesures requises :

PRV – Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de redressement visant à assurer que l'observation de la politique du foyer concernant l'autoadministration de médicaments par les résidents. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.

AE n° 3 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement 79/10 de l'Ontario, art. 17 (Système de communication bilatérale).

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

- 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;**
 - b) il est sous tension en tout temps;**
 - c) il permet d'annuler les appels uniquement au point d'activation;**
 - d) il est accessible à partir de chaque lit, cabinet d'aisances, salle de bain et salle de douche qu'utilisent les résidents;**
 - e) il est disponible dans toute aire à laquelle ont accès les résidents;**
 - f) il indique clairement, lorsqu'il est activé, d'où provient le signal;**
 - 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).**

Constatations :

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

Aux fins du présent rapport, le système de communication bilatéral entre les résidents et le personnel est souvent appelé système de sonnette d'appel.

Les 22 et 23 décembre 2014, plusieurs inspectrices ont observé les faits suivants :

- Chambre 215 : la sonnette d'appel a été vue accrochée au cadre de lit sous le lit, très près du sol. (Inspectrice 550, 22 décembre 2014 à 13:41:16).

- Chambre 216 : la sonnette d'appel de la salle de bain est enroulée autour du porte-serviettes à gauche de la toilette, impossible de l'atteindre lorsqu'on est assis sur la toilette. (Inspectrice 550, 23 décembre 2014 à 12:15:53).
- Chambre 520 : la tirette de la sonnette d'appel de la salle de bains du résident était accrochée près du mur sur le porte-serviettes, hors d'atteinte du résident. La tirette de la sonnette d'appel près du lit du résident de la chambre 520 était coincée derrière la tête de lit et était hors d'atteinte pendant que le résident se reposait au lit. (Inspectrice 547, 23 décembre 2014 à 12:36:42).
- Chambre 514 : la tirette de la sonnette d'appel de la salle de bains pendait sur le sol, hors d'atteinte du résident. (Inspectrice 547, 23 décembre 2014 à 13:11:50).
- Chambre 509 : la tirette de la sonnette d'appel a été vue, les 22 et 23 décembre 2014, attachée au côté de lit gauche, position vers le bas, le bouton d'appel pointant vers le sol et difficile d'accès à toute personne dans cette chambre. (Inspectrice 547, 23 décembre 2014 à 16:03:13).
- Chambre 302 : la sonnette d'appel de la salle de bains était hors de portée, car elle était à côté du lavabo, du côté gauche. L'inspectrice 592 était incapable d'atteindre la sonnette d'appel si elle était assise sur la toilette. (Inspectrice 592, 22 décembre 2014 à 13:36:05).
- Chambre 430 : la sonnette d'appel de la salle de bains commune est hors d'atteinte (inspectrice 546, 23 décembre 2014 à 11:48:47).

Lors d'un entretien, la directrice des soins (employée 101) a indiqué à l'inspectrice 550 que, selon les exigences du foyer, toutes les sonnettes d'appel doivent être accessibles aux résidents, au personnel et aux visiteurs en tout temps. [alinéa 17 (1) a)]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le système de communication bilatéral entre les résidents et le personnel soit disponible dans tous les secteurs accessibles aux résidents. Le 22 décembre 2014, l'inspectrice 547 a remarqué, au 6^e étage, un grand salon accessible à tous les résidents, près de l'ascenseur. Aucune sonnette d'appel n'a été vue dans ce salon ni dans les couloirs adjacents.

Le 29 décembre 2014, lors d'un entretien et d'une observation du salon au 6^e étage, l'administratrice a indiqué à l'inspectrice 550 qu'elle était incapable de trouver une sonnette d'appel dans le salon. Elle a indiqué qu'il devrait y avoir une sonnette d'appel dans le salon étant donné que c'est une aire accessible à tous les résidents et qu'elle avait l'impression qu'il y avait une sonnette d'appel dans cet endroit. [par. 17 (1) e)]

3. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel qui utilise une alarme sonore pour alerter le personnel soit calibré de sorte que le personnel puisse l'entendre.

Lors d'un entretien, l'administratrice a indiqué à l'inspectrice 550 que le foyer utilisait deux systèmes intégrés pour alerter le personnel lorsqu'une sonnette d'appel est activée. Il s'agit de systèmes sonores qui utilisent aussi le système de téléavertisseurs. Elle a dit connaître la législation concernant

le système de communication bilatéral et savoir que le foyer avait récemment baissé le volume du système sonore dans les couloirs après que certains résidents se sont plaints du bruit la nuit.

Le 29 décembre 2014, l'inspectrice 550 a remarqué, aux 3^e et 4^e étages, que lorsqu'une sonnette d'appel était activée, le système sonore ne pouvait être entendu que si on se tenait près du poste de soins infirmiers et qu'il était impossible de l'entendre si on se tenait dans le couloir, loin du poste de soins infirmiers. L'inspectrice a activé la sonnette d'appel des chambres 323, 334, 309 et 423 et n'a pas pu entendre les sonnettes d'appel lorsque celles-ci ont été activées.

Lors d'un entretien, l'infirmière auxiliaire autorisée 102 a indiqué à l'inspecteur 550 que lorsqu'une sonnette d'appel est active, le système sonore ne peut être entendu que depuis le poste de soins infirmiers et qu'on ne l'entend pas dans les couloirs.

Lors d'un entretien, les préposés aux services de soutien personnel (PSSP) 105, 106 et 107 ont indiqué à l'inspecteur 550 que lorsqu'une sonnette d'appel est active, on n'entend pas le système sonore dans la chambre des résidents ni dans le couloir à moins de se tenir près du poste de soins infirmiers. On utilise le système de téléavertisseurs pour informer le personnel lorsqu'une sonnette d'appel est activée.

Le 29 décembre 2014, l'inspectrice et le PSSP 103 ont activé la sonnette d'appel dans la chambre du résident 323. Le système sonore n'a pas pu être entendu lorsqu'on se trouvait à l'extérieur de la chambre et le téléavertisseur du PSSP n'a pas été activé. Après trois tentatives, le PSSP 103 est allé changer la pile du téléavertisseur et celui-ci a fonctionné correctement par la suite. [alinéa 17 (1) g)]

Autres mesures requises :

PRV – Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de redressement visant à assurer que le système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel est aisément visible, accessible et utilisable par les résidents, le personnel et les visiteurs et qu'il est calibré de façon qu'on puisse l'entendre de tous les couloirs du foyer. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.

AE n° 4 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement 79/10 de l'Ontario, art. 91 (Substances dangereuses).

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

Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les substances dangereuses du foyer soient étiquetées de façon appropriée et gardées hors de la portée des résidents en tout temps. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 91.

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que toutes les substances dangereuses au foyer soient étiquetées et gardées hors de la portée des résidents en tout temps.

Les 22 et 30 décembre 2014, les inspectrices 547 et 592 ont remarqué, dans une chambre, la moitié d'une boîte de détergent Comet en poudre avec javellisant accessible aux résidents qui utilisent cette salle de bain, car elle avait été rangée dans l'armoire blanche du résident, dont la porte avait été laissée ouverte, près de la toilette.

Conformément à la feuille de données sur la sûreté des matériaux, ce produit est classé produit de catégorie D2A et D2B dans le Système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail. Les produits D2A sont considérés comme une matière très toxique et D2B comme une matière toxique.

Lors d'un entretien le 30 décembre 2014, l'employé 108 a indiqué à l'inspecteur 592 que tous les produits dangereux utilisés pour le nettoyage et la désinfection du foyer devaient être gardés verrouillés en tout temps dans la salle du service d'entretien. L'employé a indiqué que le Comet n'était pas un produit utilisé par le foyer.

L'employé 108 a accompagné l'inspectrice 592 à la chambre du résident et indiqué que le Comet n'appartenait pas au foyer et que, selon les exigences du foyer, le personnel devait signaler tout produit dangereux trouvé dans les chambres. L'employé 108 a contacté le gestionnaire du service d'entretien, qui est venu dans la chambre du résident.

Il a indiqué à l'inspectrice 592 que le produit dangereux n'aurait pas dû se trouver dans la chambre du résident et que ce produit aurait pu être nocif pour le résident de cette chambre et tout autre résident qui se promène. Le Comet a été retiré de la chambre 520 par le gestionnaire du service d'entretien. L'examen du dossier de santé du résident a révélé que le résident avait fait l'objet d'un diagnostic de démence légère avec un début de maladie d'Alzheimer et le programme de soins indiquait que le résident était capable de se mouvoir dans son fauteuil roulant. [art. 91]

Autres mesures requises :

PRV – Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de

redressement visant à assurer que toutes les substances dangereuses soient inaccessibles aux résidents. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.

AE n° 5 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement 79/10 de l'Ontario, art. 131 (Administration des médicaments).

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

131. (2) Le titulaire de permis veille à ce que les médicaments soient administrés aux résidents conformément au mode d'emploi précisé par la personne autorisée à prescrire des médicaments. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 131 (2).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les médicaments soient administrés aux résidents conformément au mode d'emploi précisé par la personne autorisée à prescrire des médicaments.
r. 131 (2)

L'examen du dossier d'administration des traitements de deux résidents effectué le 29 décembre 2014 a révélé que les résidents 036 et 037 devaient se faire appliquer une crème d'ordonnance quotidiennement pour le mois de décembre 2014. Selon l'ordre du médecin daté d'un jour de décembre 2014, le résident 036 devait continuer avec l'application de la crème Canesten à 1 % sur la région affectée deux fois par jour.

L'examen du dossier d'administration des traitements du résident 036 a révélé que la crème Canesten devait être appliquée sur la région affectée deux fois par jour, à 10 h et à 20 h, pendant le mois de décembre 2014. La documentation pertinente a été trouvée pour les 11, 24, 25, 26, 27 et 28 décembre à 10 h et pour le 30 décembre à 10 h et à 20 h.

Lors d'un entretien, le 29 décembre 2014, le PSSP 104 a indiqué à l'inspectrice 592 que les préposés au service de soutien personnel étaient chargés de l'application de la crème topique prescrite. Le PSSP a également indiqué qu'une fois l'application de la crème terminée, ils doivent consigner cette application au dossier d'administration des traitements conservé dans un classeur au poste de soins infirmiers. Le PSSP a indiqué à l'inspectrice 592 qu'il n'avait pas appliqué la crème prescrite au résident 036, car il a informé un membre du personnel autorisé, quelques jours auparavant, que le résident 036 n'avait plus de rougeurs, mais il ne se souvient pas à quel membre du personnel autorisé il a donné ce renseignement. Le PSSP a également indiqué à l'inspectrice 592 que, pour le moment, il appliquait une crème Cavillon sur la région affectée, et non du Canesten.

L'examen du dossier d'administration des traitements du résident 037 a montré qu'il fallait appliquer du HC 2,5 % en base Glaxal sur la région affectée deux fois par jour. Il n'y avait pas de documentation indiquant que ce produit avait été administré durant le mois de décembre 2014. La feuille contenant les ordres du médecin et datée d'un jour d'octobre 2014 indiquait au personnel d'appliquer la base Glaxal à 2,5 % sur la région affectée deux fois par jour.

Lors d'un entretien le 29 décembre 2014, le PSSP 103 a indiqué à l'inspectrice 592 que les crèmes prescrites étaient remises aux préposés au service de soutien personnel après le rapport de la matinée et que la crème Cavillon pour le résident 037 ne lui avait été appliquée par le personnel autorisé que ce jour-là dans le courant de la matinée. Il a indiqué qu'il n'avait pas appliqué la crème prescrite, seulement du Cavillon, qui n'a pas besoin d'être consigné au dossier d'administration des traitements. Il a de plus indiqué à l'inspectrice 592 que souvent le dossier d'administration des médicaments n'était pas accessible, ce qui ne leur permettait pas de consigner leur traitement.

Le 29 décembre 2014, l'infirmière auxiliaire autorisée 102 a indiqué à l'inspectrice 592 que les crèmes d'ordonnance devaient être consignées au dossier d'administration des traitements par les préposés au service de soutien personnel qui sont chargés de les appliquer.

Lors d'un entretien le 29 décembre 2014, l'administratrice a indiqué à l'inspectrice 592 que le foyer avait relevé un problème concernant la documentation des crèmes prescrites et que, par conséquent, un nouveau système était actuellement à l'essai au 5^e étage, mais n'avait pas été mise en œuvre aux autres étages. L'administratrice a également indiqué que le foyer travaillait actuellement à la politique relative à l'administration de médicaments topiques et qu'elle avait remarqué que certaines feuilles du dossier d'administration des traitements n'avaient pas été consignées. [par. 131 (2)]

Autres mesures requises :

PRV – Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de redressement visant à veiller à ce les médicaments prescrits aux résidents 036 et 037 leur soit donnés conformément aux directives du prescripteur. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.

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

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

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

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

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les membres du personnel infirmier qui participent aux différents aspects des soins du résident collaborent à l'évaluation du résident de sorte que leurs évaluations s'intègrent les unes aux autres, soient compatibles et se complètent en ce qui concerne le résident 034.

L'examen du dossier de santé du résident 034 a révélé que le résident 034 avait été admis au foyer au cours d'un mois de 2013. Le résident 034 a été diagnostiqué d'une démence du type de la maladie d'Alzheimer avec comportements réactifs envers les employés à propos des soins personnels. Il est indiqué que le résident 034 fait l'objet d'un suivi par l'équipe du bureau des services de soutien aux comportements du foyer.

Le 23 décembre 2014, l'inspectrice 547 a remarqué qu'au pied droit, le résident 034 avait les ongles d'orteil très longs. Le résident a indiqué à l'inspectrice 547 que cela le dérangerait, car ses ongles étaient trop longs et, a-t-il ajouté, il allait se les couper.

L'examen du programme de soins du résident 034 a révélé que le résident avait besoin de deux employés pour l'aider à gérer ses comportements et qu'il devait recevoir le soin des ongles au moment du bain qui est offert deux fois par semaine.

Le 31 décembre 2014, l'inspectrice 547 a interrogé l'infirmière autorisée 115 du 5^e étage, qui a expliqué que le résident 034 avait souvent besoin de deux personnes pour l'aider avec les soins personnels. L'infirmière autorisée 115 a ajouté qu'elle ne savait pas que les ongles d'orteil du résident n'avaient pas été coupés durant le mois de décembre 2014, car cela n'a jamais été communiqué par le personnel non autorisé de l'unité.

Le 31 décembre 2014, l'inspectrice 547 a examiné le dossier du résident avec la directrice des soins (employée 101) ainsi que la feuille de cheminement du dossier de surveillance et d'observation MDS-BAIN pour le mois de décembre 2014 et a remarqué que le résident avait reçu des bains deux fois par semaine et qu'à deux occasions, le résident avait refusé de se faire couper les ongles. La feuille de cheminement ne contenait pas d'autres renseignements indiquant que le résident s'était fait couper les ongles. La directrice des soins (employée 101) a indiqué que selon les exigences du foyer, lorsque les tâches ne sont pas remplies, on considère que la tâche n'a pas été effectuée et que cela aurait dû être signalé au personnel infirmier autorisé.

Le 31 décembre 2014, l'inspectrice 547 a interrogé l'employé 116, qui a indiqué que le résident 034 avait déménagé au 3^e étage un jour de 2014 et que le personnel infirmier autorisé du 5^e étage ne lui avait fait part d'aucun problème ni d'aucune préoccupation concernant le soin des ongles du résident 034.

Le 2 janvier 2015, l'administratrice du foyer a trouvé les feuilles de cheminement du dossier de surveillance et d'observation MDS-BAIN pour les mois d'octobre et novembre 2014, qui n'indiquaient aucun soin des ongles fourni au résident 34 le jour du bain durant ces deux mois. Aucun renseignement n'a été consigné au rapport de l'équipe du 5^e étage durant les trois derniers mois ni consigné aux notes d'évolution du résident.

La directrice des soins (employée 101) a également noté, d'une part, que le résident 34 avait à la jambe droite une lésion de pression qui demandait que le personnel autorisé fournisse le soin des plaies à ce pied et, d'autre part, qu'aucune préoccupation concernant la longueur des ongles du résident n'avait été notée au cours des trois derniers mois. La directrice des soins (employée 101) a indiqué que l'infirmière autorisée 116 avait essayé de couper les ongles du résident mais que ceux-ci étaient devenus trop épais et trop longs pour les couper et qu'il fallait adresser le résident à un spécialiste des soins des pieds. La directrice des soins (employée 101) a indiqué qu'il fallait planifier des soins spécialisés pour répondre aux besoins de ce résident en matière de soins et collaborer avec l'équipe du Bureau de soutien aux troubles comportementaux (BSTC) pour savoir quelle approche spécialisée employer puisque cette équipe sait maintenant de quels soins le résident a besoin.
[alinéa 6 (4) a)]

AE n° 7 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement 79/10 de l'Ontario, art. 73 (Service de restauration et de collation).

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

73. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer offre un service de restauration et de collation qui comprend au minimum les éléments suivants :
1. La communication des menus hebdomadaires et quotidiens aux résidents.

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas assuré la communication des menus hebdomadaires aux résidents.

Le 22 décembre 2014, l'inspectrice 547 a noté qu'il n'y avait pas de menu hebdomadaire communiqué au 2^e étage ni à d'autres unités de soins aux résidents.

Le 31 décembre 2014, l'inspectrice 547 a interrogé la gestionnaire des services alimentaires du foyer, embauchée à titre contractuel par Aramark. La gestionnaire des services alimentaires a indiqué qu'elle avait retiré les menus hebdomadaires des unités de soins aux résidents au début de décembre 2014 à la suite d'une directive reçue d'Aramark. La gestionnaire des services alimentaires a indiqué que cette directive d'Aramark n'avait pas été communiquée à l'administrateur du foyer. [alinéa 73 (1) 1]

AE n° 8 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement 79/10 de l'Ontario, art. 87 (Services d'entretien).

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

87. (2) Dans le cadre du programme structuré de services d'entretien ménager prévu à l'alinéa 15 (1) a) de la Loi, le titulaire de permis veille à ce que soient élaborées et mises en œuvre des marches à suivre visant ce qui suit :

d) l'élimination des odeurs nauséabondes persistantes. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 87 (2); Règl. de l'Ont. 363/11, par. 6 (1).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, dans le cadre du programme structuré de services d'entretien ménager prévu à l'alinéa 15 (1) a) de la Loi, soient élaborées et mises en œuvre des marches à suivre visant l'élimination des odeurs nauséabondes persistantes. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 87 (2).

En particulier, le titulaire de permis n'a pas veillé à éliminer l'odeur nauséabonde persistante qui subsiste malgré un nettoyage régulier dans la chambre d'un résident du 2^e étage, aile ouest, y compris dans la salle de douche commune des femmes située dans l'aile est du 5^e étage.

En entrant dans la chambre 236 le 22 décembre 2014 à 14 h, l'inspectrice 546 a remarqué une forte odeur d'urine. Il ne restait plus de produits pour incontinence dans la chambre; la salle de bains et la chambre paraissaient propres.

L'inspectrice 547 a remarqué, le 23 décembre 2014 à 14 h 30, qu'une assez forte odeur persistante d'urine se dégageait de la salle de douche des femmes du 5^e étage et qu'une matière orange et noire était incrustée dans le coulis et les carreaux de la douche et autour de la toilette.

Lors d'un entretien le 31 décembre 2014, l'employé 118 a informé l'inspectrice 599 qu'il y avait un problème d'odeur d'urine dans la chambre 236. Le foyer a essayé sans succès de nettoyer la chambre et un employé interne a été appelé à nettoyer la chambre avec un matériel spécial pour broser le sol au moyen d'une solution qui a permis à l'odeur de se dissiper légèrement.

L'employé 118 a informé l'inspectrice 599 que ce nettoyage dans la chambre 236 avait été fait environ huit mois auparavant et que la chambre 236 était nettoyée selon le calendrier d'entretien, soit un nettoyage complet une fois par semaine et une vérification quotidienne.

Lors d'un entretien, le 31 décembre 2014, le gestionnaire des services environnementaux a indiqué à l'inspectrice 599 que les chambres faisaient l'objet d'un nettoyage en profondeur une fois par semaine, notamment une vérification visuelle quotidienne et le nettoyage du sol au besoin. La salle de bains et les salles de douche sont nettoyées en profondeur une fois par semaine, comme l'exige le règlement. Il a également indiqué que le foyer traitait l'odeur à la source et que, si on ne parvenait pas à déloger l'odeur persistante, on installait un neutralisant d'odeur.

Le 31 décembre 2014, le gestionnaire des services environnementaux a accompagné l'inspectrice 599 à la chambre 236, dans l'aile ouest du 2^e étage. Il y avait une forte odeur persistante en face de la chambre 236 alors que la porte était fermée. En ouvrant la porte, une forte odeur d'urine était présente et le gestionnaire des services environnementaux a indiqué que cette chambre dégageait une odeur persistante qu'il fallait de nouveau tenter d'éliminer. L'inspectrice 599 a remarqué qu'il n'y avait pas de neutralisant d'odeur installé dans la chambre 236.

Accompagné par l'inspectrice 599, le gestionnaire des services environnementaux est allé faire un tour dans la salle de douche des femmes du côté est du 5^e étage et a remarqué qu'il y avait une forte odeur dans le secteur des douches. Il y avait un carreau qui était fissuré et certains carreaux qui n'étaient pas alignés tout autour de la base de la douche. Le coulis était incrusté d'une matière noire et orange. Le gestionnaire des services environnementaux a indiqué qu'il y avait une forte odeur persistante, que des réparations étaient nécessaires et que la douche nécessitait un bon nettoyage pour éliminer l'odeur nauséabonde. [par. 87 (2)] [alinéa 87 (2) d)]

Date de délivrance : 5 février 2015

Signature de l'inspecteur ou de l'inspectrice

Original signé par l'inspecteur l'inspectrice ou l'inspectrice.



**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***

Ordre(s) de l'inspecteur ou de l'inspectrice

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

Copie destinée au public

Nom des inspecteurs ou inspectrices :	MELANIE SARRAZIN (592), HUMPHREY JACQUES (599), JOANNE HENRIE (550), LISA KLUKE (547), SUSAN WENDT (546)
N° de registre :	O-001364-14
N° du rapport d'inspection :	2014_381592_0016
Type d'inspection :	Inspection de la qualité des services aux résidents
Date du rapport :	5 février 2015
Titulaire de permis :	Ville d'Ottawa Direction des soins de longue durée, 275, avenue Perrier, OTTAWA (Ontario) K1L 5C6
Foyer de soins de longue durée :	CENTRE D'ACCUEIL CHAMPLAIN 275, RUE PERRIER, VANIER (ONTARIO) K1L 5C6
Nom de l'administrateur :	LOUISE BOURDON



Ministry of Health and Long-Term Care

Health System Accountability and Performance Division
Performance Improvement and Compliance Branch

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Division de la responsabilisation et de la performance du système de santé
Direction de l'amélioration de la performance et de la conformité

Aux termes du présent document, la VILLE D'OTTAWA est tenue de se conformer à l'ordre suivant pour la date indiquée ci-dessous :

N° de l'ordre : 001

Type d'ordre : Ordre de conformité, alinéa 153 (1) b)

Lien vers l'ordre existant :

Aux termes de la :

Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, chap. 8, par. 15 (2) (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;
- b) le linge de maison et les vêtements de chaque résident sont recueillis, triés, nettoyés et livrés;
- 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).

Ordre :

Le titulaire de permis doit préparer, présenter et mettre en œuvre un plan de conformité à l'exigence selon laquelle les systèmes de sécurité aux portes doivent être maintenus en bon état.

De plus, le foyer doit avoir en place un processus pour assurer que toutes les portes accessibles aux résidents qui donnent sur l'extérieur du foyer sont vérifiées et surveillées pour assurer que les systèmes de sécurité sont fonctionnels.

Ce plan doit préciser le calendrier d'exécution et le nom de la personne qui devra exécuter les tâches requises.

Le plan doit être présenté par écrit à l'inspectrice de foyers de soins de longue durée Mélanie Sarrazin d'ici le 20 février 2015, par courriel adressé à melanie.sarrazin@ontario.ca.

Motifs :

Le 31 décembre 2015, l'inspectrice 550 a remarqué que la porte de sortie de la salle du personnel donnant sur l'extérieur et sur le terrain de stationnement de l'immeuble était fermée, mais non verrouillée. La porte est équipée d'un système à cartes de contrôle d'accès; cependant, l'inspectrice n'a pas utilisé de carte d'accès pour ouvrir la porte au moment de l'observation.

La salle du personnel est située au rez-de-chaussée et accessible par deux portes différentes; l'une est celle du couloir principal du côté ouest de l'immeuble et l'autre se trouve dans la salle à manger de la véranda. Ces deux portes d'accès restent fermées, mais non verrouillées. Ainsi, la porte de sortie de la salle du personnel est toujours accessible aux résidents. La porte de sortie de la salle du personnel donne sur le côté ouest de l'immeuble et conduit à l'entrée principale du foyer et à la route principale. L'inspectrice 592, accompagnée de l'administrateur du foyer, a remarqué que la porte de sortie de la salle du personnel n'était pas verrouillée et qu'aucun système d'alarme sonore n'a été activé lorsque la porte a été tenue ouverte.

L'administrateur a expliqué à l'inspectrice 592 que la porte de sortie de la salle du personnel devait être verrouillée en tout temps, qu'elle ne devait s'ouvrir qu'en utilisant le système à cartes de contrôle d'accès et qu'une alarme sonore devait se déclencher si la porte s'ouvre après un laps de temps prédéfini. De plus, si la porte s'ouvre sans utiliser de système à cartes de contrôle d'accès, une alarme devrait retentir immédiatement au point d'activation.

Plus tard ce jour-là, il a été constaté par l'inspectrice 592, en présence de l'administrateur, que le système à cartes de contrôle d'accès avait été réparé et que la porte était verrouillée.

Le 31 décembre 2014, l'inspectrice 592 a remarqué que la porte d'entrée principale était équipée d'un système à cartes de contrôle d'accès. La porte a été ouverte au moyen de la carte d'accès du foyer et maintenue ouverte environ 5 minutes. Il n'y a pas eu d'alarme sonore. Les employés 112 et 113, qui étaient à la réception, ont indiqué qu'habituellement ils recevraient un appel téléphonique du centre d'opérations pour la sécurité des entreprises de la Ville d'Ottawa, situé hors site. Or, ils n'ont pas reçu d'appel. L'inspectrice 592, accompagnée de l'administrateur, a ouvert la porte principale au moyen de la carte d'accès et a gardé la porte ouverte environ trois minutes mais il n'y a pas eu d'alarme sonore. L'administrateur a indiqué à l'inspectrice 592 que lorsqu'une porte reste ouverte plus d'une minute :

- l'alarme devrait se faire entendre au poste de soins infirmiers du deuxième étage si le système d'alarme est branché sur le panneau de contrôle audio-visuel;
- tous les téléavertisseurs du personnel du deuxième étage reçoivent une notification d'alarme de porte active;
- le centre d'opérations pour la sécurité des entreprises de la Ville d'Ottawa, situé hors site, devrait appeler immédiatement pour aviser le foyer.

Plus tard ce jour-là, l'inspectrice 592 a constaté, en présence de l'administrateur, que le système d'alarme de la porte d'entrée principale avait été réparé. Une alarme sonore a retenti à la porte lorsqu'elle est restée ouverte un certain temps.

Conformément aux alinéas 9 (1) 1.I et III du Règl. 79/10, les portes accessibles aux résidents qui donnent sur l'extérieur du foyer, sauf celles qui donnent sur les zones extérieures sécurisées qui empêchent les résidents de sortir, doivent être gardées fermées et verrouillées et être équipées d'une alarme sonore. [alinéa 15 (2) c)]

Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le : 27 mars 2015

RÉEXAMEN ET APPELS**AVIS IMPORTANT :**

Conformément à l'article 163 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, le titulaire de permis a le droit de demander au directeur de réexaminer un ordre et de suspendre celui-ci.

La demande de réexamen doit être présentée par écrit et 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 de réexamen doit être remise en main propre, envoyée par courrier recommandé ou transmise par télécopieur aux coordonnées suivantes :

Directeur

a.s. du commis aux appels
Direction de l'amélioration de la performance et de la conformité
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
1075, rue Bay, 11^e étage
TORONTO (Ontario) M5S 2B1
Télécopieur : 416 327-7603

La signification par courrier recommandé est réputée avoir été reçue le cinquième jour qui suit la date de son envoi par la poste. La signification par télécopieur est réputée avoir été reçue le premier jour ouvrable qui suit la date de son envoi par télécopieur. Si le titulaire de permis n'a pas reçu l'avis écrit de la décision du directeur dans les 28 jours suivant la réception de la demande de réexamen du titulaire de permis, chaque ordre est considéré comme confirmé par le directeur et le titulaire de permis est réputé avoir reçu une copie de cette décision à l'expiration de la période de 28 jours.

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 du directeur relative à une demande de réexamen d'un ordre d'inspecteur, conformément à l'article 164 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*. La Commission d'appel et de révision des services de santé est constituée de personnes indépendantes n'ayant aucun lien avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Ces personnes sont désignées par la loi afin d'examiner des cas relatifs aux services de soins de santé. Si le titulaire de permis décide de demander une audience, il doit, dans les 28 jours suivant la réception de l'avis de la décision du directeur, déposer en main propre ou envoyer par courrier postal un avis écrit d'appel aux deux destinataires suivants :

Commission d'appel et de révision des services de santé

À l'attention du greffier
151, rue Bloor Ouest, 9^e étage
Toronto (Ontario) M5S 2T5

et Directeur

a.s. du commis aux appels
Direction de l'amélioration de la performance et de la conformité
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
1075, rue Bay, 11^e étage
TORONTO (Ontario) M5S 2B1
Télécopieur : 416 327-7603

La Commission d'appel et de révision des services de santé accusera réception de l'avis d'appel du titulaire de permis et lui communiquera les instructions concernant la procédure d'appel. Le titulaire de permis peut obtenir des renseignements supplémentaires sur la Commission d'appel et de révision des services de santé dans le site Web www.hsarb.on.ca.

La Commission d'appel et de révision des services de santé accusera réception de l'avis d'appel du titulaire de permis et lui communiquera les instructions concernant la procédure d'appel. Le titulaire de permis peut obtenir des renseignements supplémentaires sur la Commission d'appel et de révision des services de santé dans le site Web www.hsarb.on.ca.

Date de délivrance : 5 février 2015**Signature de l'inspecteur :**

Original signé par

Nom de l'inspecteur ou de l'inspectrice :

Joanne Henrie

Bureau régional de services :

Ottawa