

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

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

Long-Term Care Operations Division
Long-Term Care Inspections Branch

Division des opérations relatives aux
soins de longue durée
Inspection des FSLD

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

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

Copie du rapport public

Date du rapport :	N° d'inspection :	N° de registre :	Type d'inspection :
27 février 2020	2020_818502_0005	022481-19, 022482-19, 024457-19, 024480-19, 000952-20, 002817-20	Inspection dans le cadre du Système de rapport d'incidents critiques

Titulaire de permis

Ville d'Ottawa
Services sociaux et communautaires, Direction des soins de longue durée
200, chemin Island Lodge, OTTAWA, ON K1N 5M2

Foyer de soins de longue durée

Centre d'accueil Champlain
275, rue Perrier, VANIER, ON K1L 5C6

Nom de l'inspectrice ou des inspectrices

JULIENNE NGONLOGA (502), LINDA HARKINS (126)

Résumé de l'inspection

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

Elle a été effectuée à la ou aux dates suivantes : 11, 12, 14, 18, 19 20 et 21 février 2020.

Au cours de l'inspection, les rapports suivants du Système de rapport d'incidents critiques (SIC) ont été inspectés :

- Rapports du SIC n° M511-000064-19 (registre n° 024480-19), n° M511-000063-19 (registre n° 024457-19) concernant des chutes.**
- Rapport du SIC n° M511-000001-20 (registre n° 000952-20) concernant une automutilation.**
- Rapport du SIC n° M511-000005-20 (registre n° 002817-20) concernant le décès inattendu d'une personne résidente.**

L'inspection de suivi (n^{os} de registre 022481-19 et 022482-19) pour l'OC n° 001 et l'OC n° 002 du rapport d'inspection n° 2019_818502_0022 a eu lieu simultanément.

Au cours de l'inspection, l'inspectrice ou les inspectrices ont eu des entretiens avec les personnes suivantes : administratrice, responsable du programme des soins personnels (RPSP), responsable du programme des soins aux personnes résidentes (RPSPR), infirmières autorisées ou infirmiers autorisés (IA), infirmières auxiliaires autorisées ou infirmiers auxiliaires autorisés (IAA), personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP), conseillère ou conseiller du projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement (Projet OSTC), médecin, physiothérapeute (PT), responsable du programme des activités, coordonnatrice ou coordonnateur du programme des activités d'une unité, superviseure ou superviseur en service alimentaire, diététiste agréée ou diététiste agréé (DA), aide-diététiste, coordonnatrice ou coordonnateur du *Resident Assessment Instrument Minimum Data Set (RAI MDS)*, commis au calendrier, personnes résidentes et un membre d'une famille de personne résidente.

Au cours de cette inspection, l'inspectrice ou les inspectrices ont observé les soins aux personnes résidentes, les interactions entre le personnel et les personnes résidentes; elles ont eu des entretiens avec le personnel et avec une mandataire spéciale ou un mandataire spécial (MS); elles ont examiné des dossiers médicaux de personnes résidentes, des horaires du personnel, des notes d'enquête du titulaire de permis, ainsi que des politiques et marches à suivre pertinentes.

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

Prévention des chutes

Nutrition et hydratation

Comportements réactifs

Foyer sûr et sécuritaire

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

1 AE

0 PRV

1 OC

0 RD

0 OTA

**Au moment de cette inspection, les non-respects aux ordres suivants émis
antérieurement avaient été corrigés :**

EXIGENCE	TYPE DE MESURE	N° DE L'INSPECTION	N° DE L'INSPECTRICE OU DE L'INSPECTEUR
Règl. de l'Ont. 79/10, art. 55.	OC n° 001	2019_818502_0022	502
LFSLD 2007, L.O. 2007, chap. 8, par. 6 (9)	OC n° 002	2019_818502_0022	502

NON-RESPECT DES EXIGENCES

Définitions

AE — Avis écrit

PRV — Plan de redressement volontaire

RD — Renvoi de la question au directeur

OC — Ordres de conformité

OTA — Ordres, travaux et activités

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

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

AE n° 1 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 5.

Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer soit un milieu sûr et sécuritaire pour ses résidents. 2007, chap. 8, par. 5

Constatations :

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer fût un milieu sûr et sécuritaire pour les personnes résidentes 001 et 002.

1. Le ministère des Soins de longue durée a reçu un rapport du Système de rapport d'incidents critiques (SIC) concernant une automutilation. Le rapport du SIC indiquait qu'à une certaine date la personne résidente 001 avait tenté de se mutiler dans un endroit déterminé du foyer.

Un examen des notes d'évolution de la personne résidente 001 indiquait que pendant une période déterminée, elle avait exprimé le désir de se mutiler à trois reprises avant l'incident.

Un examen du programme de soins écrit de la personne résidente indiquait que celle-ci avait des antécédents de pensées d'automutilation avant son admission au foyer. Le programme de soins demandait au personnel d'enlever les objets dangereux qui se trouvaient à sa portée et de fouiller sa chambre pour les enlever.

Le programme de soins ne mentionnait pas les autres endroits du foyer qui avaient des objets dangereux et où la personne résidente restait sans surveillance.

Lors d'un entretien, la PSSP 104 a indiqué avoir observé la personne résidente 001 dans un endroit déterminé du foyer, torse nu avec un article de coutellerie dans les mains. La personne résidente s'en frappait énergiquement le ventre et exprimait son désir de mourir. La PSSP était intervenue et avait appelé à l'aide, car aucun autre membre du personnel n'était présent dans cet endroit à ce moment-là.

Lors d'un entretien, la superviseuse ou le superviseur en service alimentaire (SSA) 107 a indiqué qu'au moment de l'incident, la dépense était fermée. D'habitude, on lavait la coutellerie à la fin de la journée, et on la plaçait sur un chariot que l'on roulait dans l'endroit mentionné. La ou le SSA a indiqué que la personne résidente 001 mange généralement ses mets à emporter sans surveillance dans l'endroit mentionné, et la ou le SSA a dit ne pas avoir été informé(e) de ne pas laisser la coutellerie sans surveillance à la fin de la journée quand la dépense est fermée.

Lors d'un entretien téléphonique, la ou le responsable du programme des soins personnels (RPSP) a indiqué avoir passé au peigne fin la chambre de la personne résidente à la recherche d'objets dangereux, mais ne pas l'avoir fait pour les autres endroits du foyer où la personne résidente se rend sans surveillance, et ne pas avoir partagé l'information avec les autres services.

Le foyer avait déterminé le risque lorsque la personne résidente avait exprimé des pensées d'automutilation. Le foyer avait recherché dans la chambre de la personne résidente des objets qu'elle pouvait utiliser pour se mutiler, mais n'avait pas fait de recherche dans les autres endroits du foyer où la personne résidente restait sans surveillance. Ainsi donc, l'endroit susmentionné où la personne résidente 001 avait accès à des articles de coutellerie laissés sans surveillance ne constituait pas un milieu sûr pour elle.

2. LE MSLD a reçu un rapport du SIC concernant un incident de chute. Le rapport du SIC indiquait qu'à une date et à une heure déterminées, la personne résidente 002 avait essayé de s'asseoir sans assistance et était tombée dans la salle de télévision.

**Inspection Report under
the Long-Term Care
Homes Act, 2007****Rapport d'inspection prévu par
la Loi de 2007 sur les foyers de
soins de longue durée**

Un examen des notes d'évolution de la personne résidente et de l'enquête du foyer indiquait ce qui suit :

- à une date et à une heure déterminées, la personne résidente 002 avait fait une chute en essayant de s'asseoir sans assistance dans un fauteuil roulant à côté du poste infirmier. Les freins du fauteuil roulant n'étaient pas serrés, et le fauteuil roulant n'appartenait pas à une personne résidente.
- le même jour, la personne résidente 002 s'était assise dans un fauteuil dans le couloir, elle avait enlevé ses deux souliers et les avait placés devant elle. La PSSP 108 avait remarqué le risque, mis le soulier au pied droit de la personne résidente et laissé le soulier gauche sur le sol devant la personne résidente. Celle-ci s'était levée, avait trébuché sur le soulier gauche, avait perdu l'équilibre et était tombée;
- quelques heures plus tard le même jour, la personne résidente avait ressenti une douleur avec mobilité réduite, on l'avait transférée à l'hôpital et l'on avait diagnostiqué une lésion déterminée.

À une certaine date, l'inspectrice a remarqué d'une part quatre fauteuils roulants non utilisés et sans surveillance dans le couloir d'une unité déterminée, et d'autre part que des personnes résidentes déambulaient de façon autonome dans le couloir.

Un examen de l'évaluation du *Resident Assessment Instrument Minimum Data Set (RAI MDS)* pour la personne résidente 002 indiquait qu'elle avait une déficience de la mémoire à court terme et de la mémoire à long terme, ainsi qu'une déficience cognitive modérée avec de piètres aptitudes à prendre des décisions.

La PSSP 108 a déclaré, lors de l'enquête du foyer, qu'elle avait aidé la personne résidente 002 à mettre un soulier et qu'elle avait mal, la PSSP avait alors laissé l'autre soulier sur le sol et était allée rediriger une autre personne résidente. La PSSP attendait qu'un autre membre du personnel sorte du rapport de fin de poste de travail pour aider la personne résidente 002 à mettre le deuxième soulier.

Lors d'un entretien, le membre du personnel 120 a indiqué qu'ils utilisaient deux fauteuils roulants pour aider les personnes résidentes à se rendre de leur aire de soins au coiffeur. D'habitude, après les soins la coiffeuse ou le coiffeur ramène la personne résidente en fauteuil roulant à son aire de soins. Dès qu'un membre du personnel transfère la personne résidente hors du fauteuil roulant, il laisse le fauteuil roulant dans le couloir jusqu'à ce que la coiffeuse ou le coiffeur le prenne. Le membre du personnel 120 a indiqué ne pas être informé du moment où le fauteuil roulant pouvait être ramassé. Par conséquent, le fauteuil roulant reste sans surveillance dans l'aire de soins jusqu'à ce qu'on ait le temps de l'enlever.

Lors d'un entretien, l'IAA 118 a indiqué qu'il y avait des fauteuils roulants disponibles dans l'aire de soins mentionnée, et qu'on les utilisait quand une personne résidente avait un changement d'état pathologique temporaire, notamment une démarche mal assurée. L'IAA a déclaré que ces fauteuils roulants étaient immobilisés dans la salle d'entreposage de l'unité, que le fauteuil roulant sur lequel la personne résidente 002 avait essayé de s'asseoir n'était pas immobilisé par des freins; l'IAA ne se souvenait pas si le fauteuil roulant appartenait à une autre personne résidente ou si c'était un fauteuil roulant prêté.

Lors d'un entretien, la ou le responsable des soins aux personnes résidentes a indiqué que l'on gardait les fauteuils roulants prêtés au sous-sol et pas à l'étage. La ou le responsable des soins aux personnes résidentes a indiqué avoir examiné la séquence de la caméra vidéo du foyer et a confirmé la déclaration susmentionnée de la PSSP 108. La ou le responsable des soins aux personnes résidentes a reconnu que l'endroit n'était pas sûr pour la personne résidente 002.

On avait déterminé que la personne résidente 002 présentait un risque élevé de faire des chutes en raison de sa démarche mal assurée, d'une mauvaise vue, d'errance et de fatigue. Un certain jour, la personne résidente avait subi deux chutes causées respectivement par un soulier laissé sur le sol par la PSSP 108 et par un fauteuil roulant non immobilisé et sans surveillance qu'un membre du personnel avait laissé dans le couloir, ce qui avait causé une lésion déterminée à la personne résidente. Ainsi donc, le foyer n'était pas un milieu sûr et sécuritaire pour la personne résidente 002. [Article 5]

Autres mesures requises :

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

Émis le 4 mars 2020

Signature de l'inspectrice ou des inspectrices

Rapport original signé par l'inspectrice.

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 Operations Division
Long-Term Care Inspections Branch

Division des opérations relatives aux soins de longue durée
Inspection des FSLD

Copie du rapport public

Nom de l'inspectrice (n°) : JULIENNE NGONLOGA (502), LINDA HARKINS (126)

N° de l'inspection : 2020_818502_0005

N° de registre : 022481-19, 022482-19, 024457-19, 024480-19,
000952-20, 002817-20

Type d'inspection : Inspection dans le cadre
du Système de rapport
d'incidents critiques

Date du rapport : 27 février 2020

Titulaire de permis : Ville d'Ottawa
Services sociaux et communautaires, Direction des
soins de longue durée, 200, chemin Island Lodge,
OTTAWA, ON K1N 5M2

Foyer de SLD : Centre d'accueil Champlain
275, rue Perrier, VANIER, ON K1L 5C6

Nom de l'administratrice :
ou de l'administrateur : Jacqueline Roy

Order(s) of the Inspector

Ordre(s) de l'inspecteur

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

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 la Ville d'Ottawa, vous êtes tenue par les présentes de vous conformer à l'ordre ou aux ordres suivants d'ici la ou les dates mentionnées ci-dessous :

Order(s) of the Inspector

Ordre(s) de l'inspecteur

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

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

Ordre n° : 001

Type d'ordre : Ordres de conformité, alinéa 153 (1)a)

Aux termes de :

l'article 5 de la LFSLD 2007, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer soit un milieu sûr et sécuritaire pour ses résidents. 2007, chap. 8, par. 5

Ordre :

Le titulaire de permis doit se conformer à la LFSLD 2007, article 5.

En particulier le titulaire de permis doit veiller à ce que le foyer soit un milieu sûr et sécuritaire pour les personnes résidentes 001, 002 et pour toute autre personne résidente du foyer, comme suit :

- veiller à ce que les articles de coutellerie de la salle à manger soient entreposés de façon sécuritaire dans la cuisine à la fin de la journée;
- veiller à ce que les fauteuils roulants, y compris les fauteuils roulants prêtés, soient entreposés de façon sécuritaire pour empêcher que la personne résidente 002 ou toute autre personne résidente sujette à l'errance dans l'unité sécurisée y ait accès quand il n'y a pas de surveillance;
- veiller à ce que rien n'encombre les couloirs et autres aires communes de l'unité sécurisée.

Motifs :

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer fût un milieu sûr et sécuritaire pour les personnes résidentes 001 et 002.

1. Le ministère des Soins de longue durée a reçu un rapport du Système de rapport d'incidents critiques (SIC) concernant une automutilation. Le rapport du SIC indiquait qu'à une certaine date la personne résidente 001 avait tenté de se mutiler dans un endroit déterminé du foyer.

Un examen des notes d'évolution de la personne résidente 001 indiquait que pendant une période déterminée, elle avait exprimé le désir de se mutiler à trois reprises avant l'incident.

Order(s) of the Inspector**Ordre(s) de l'inspecteur**

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

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.

Un examen du programme de soins écrit de la personne résidente indiquait que celle-ci avait des antécédents de pensées d'automutilation avant son admission au foyer. Le programme de soins demandait au personnel d'enlever les objets dangereux qui se trouvaient à sa portée et de fouiller sa chambre pour les enlever.

Le programme de soins ne mentionnait pas les autres endroits du foyer qui avaient des objets dangereux et où la personne résidente restait sans surveillance.

Lors d'un entretien, la PSSP 104 a indiqué avoir observé la personne résidente 001 dans un endroit déterminé du foyer, torse nu avec un article de coutellerie dans les mains. La personne résidente s'en frappait énergiquement le ventre et exprimait son désir de mourir. La PSSP était intervenue et avait appelé à l'aide, car aucun autre membre du personnel n'était présent dans cet endroit à ce moment-là.

Lors d'un entretien, la superviseure ou le superviseur en service alimentaire (SSA) 107 a indiqué qu'au moment de l'incident, la dépense était fermée. D'habitude, on lavait la coutellerie à la fin de la journée, et on la plaçait sur un chariot que l'on roulait dans l'endroit mentionné. La ou le SSA a indiqué que la personne résidente 001 mange généralement ses mets à emporter sans surveillance dans l'endroit mentionné, et la ou le SSA a dit ne pas avoir été informé(e) de ne pas laisser la coutellerie sans surveillance à la fin de la journée quand la dépense est fermée.

Lors d'un entretien téléphonique, la ou le responsable du programme des soins personnels (RPSP) a indiqué avoir passé au peigne fin la chambre de la personne résidente à la recherche d'objets dangereux, mais ne pas l'avoir fait pour les autres endroits du foyer où la personne résidente se rend sans surveillance, et ne pas avoir partagé l'information avec les autres services.

Le foyer avait déterminé le risque lorsque la personne résidente avait exprimé des pensées d'automutilation. Le foyer avait recherché dans la chambre de la personne résidente des objets qu'elle pouvait utiliser pour se mutiler, mais n'avait pas fait de recherche dans les autres endroits du foyer où la personne résidente restait sans surveillance. Ainsi donc, l'endroit susmentionné où la personne résidente 001 avait accès à des articles de coutellerie laissés sans surveillance ne constituait pas un milieu sûr pour elle.

Order(s) of the Inspector

Ordre(s) de l'inspecteur

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

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.

2. LE MSLD a reçu un rapport du SIC concernant un incident de chute. Le rapport du SIC indiquait qu'à une date et à une heure déterminées, la personne résidente 002 avait essayé de s'asseoir sans assistance et était tombée dans la salle de télévision.

Un examen des notes d'évolution de la personne résidente et de l'enquête du foyer indiquait ce qui suit :

- à une date et à une heure déterminées, la personne résidente 002 avait fait une chute en essayant de s'asseoir sans assistance dans un fauteuil roulant à côté du poste infirmier. Les freins du fauteuil roulant n'étaient pas serrés, et le fauteuil roulant n'appartenait pas à une personne résidente.
- le même jour, la personne résidente 002 s'était assise dans un fauteuil dans le couloir, elle avait enlevé ses deux souliers et les avait placés devant elle. La PSSP 108 avait remarqué le risque, mis le soulier au pied droit de la personne résidente et laissé le soulier gauche sur le sol devant la personne résidente. Celle-ci s'était levée, avait trébuché sur le soulier gauche, avait perdu l'équilibre et était tombée;
- quelques heures plus tard le même jour, la personne résidente avait ressenti une douleur avec mobilité réduite, on l'avait transférée à l'hôpital et l'on avait diagnostiqué une lésion déterminée.

À une certaine date, l'inspectrice a remarqué d'une part quatre fauteuils roulants non utilisés et sans surveillance dans le couloir d'une unité déterminée, et d'autre part que des personnes résidentes déambulaient de façon autonome dans le couloir.

Un examen de l'évaluation du *Resident Assessment Instrument Minimum Data Set (RAI MDS)* pour la personne résidente 002 indiquait qu'elle avait une déficience de la mémoire à court terme et de la mémoire à long terme, ainsi qu'une déficience cognitive modérée avec de piètres aptitudes à prendre des décisions.

La PSSP 108 a déclaré, lors de l'enquête du foyer, qu'elle avait aidé la personne résidente 002 à mettre un soulier et qu'elle avait mal, la PSSP avait alors laissé l'autre soulier sur le sol et était allée rediriger une autre personne résidente. La PSSP attendait qu'un autre membre du personnel sorte du rapport de fin de poste de travail pour aider la personne résidente 002 à mettre le deuxième soulier.

Order(s) of the Inspector**Ordre(s) de l'inspecteur**

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

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.

Lors d'un entretien, le membre du personnel 120 a indiqué qu'ils utilisaient deux fauteuils roulants pour aider les personnes résidentes à se rendre de leur aire de soins au coiffeur. D'habitude, après les soins la coiffeuse ou le coiffeur ramène la personne résidente en fauteuil roulant à son aire de soins. Dès qu'un membre du personnel transfère la personne résidente hors du fauteuil roulant, il laisse le fauteuil roulant dans le couloir jusqu'à ce que la coiffeuse ou le coiffeur le prenne. Le membre du personnel 120 a indiqué ne pas être informé du moment où le fauteuil roulant pouvait être ramassé. Par conséquent, le fauteuil roulant reste sans surveillance dans l'aire de soins jusqu'à ce qu'on ait le temps de l'enlever.

Lors d'un entretien, l'IAA 118 a indiqué qu'il y avait des fauteuils roulants disponibles dans l'aire de soins mentionnée, et qu'on les utilisait quand une personne résidente avait un changement d'état pathologique temporaire, notamment une démarche mal assurée. L'IAA a déclaré que ces fauteuils roulants étaient immobilisés dans la salle d'entreposage de l'unité, que le fauteuil roulant sur lequel la personne résidente 002 avait essayé de s'asseoir n'était pas immobilisé par des freins; l'IAA ne se souvenait pas si le fauteuil roulant appartenait à une autre personne résidente ou si c'était un fauteuil roulant prêté.

Lors d'un entretien, la ou le responsable des soins aux personnes résidentes a indiqué que l'on gardait les fauteuils roulants prêtés au sous-sol et pas à l'étage. La ou le responsable des soins aux personnes résidentes a indiqué avoir examiné la séquence de la caméra vidéo du foyer et a confirmé la déclaration susmentionnée de la PSSP 108. La ou le responsable des soins aux personnes résidentes a reconnu que l'endroit n'était pas sûr pour la personne résidente 002.

On avait déterminé que la personne résidente 002 présentait un risque élevé de faire des chutes en raison de sa démarche mal assurée, d'une mauvaise vue, d'errance et de fatigue. Un certain jour, la personne résidente avait subi deux chutes causées respectivement par un soulier laissé sur le sol par la PSSP 108 et par un fauteuil roulant non immobilisé et sans surveillance qu'un membre du personnel avait laissé dans le couloir, ce qui avait causé une lésion déterminée à la personne résidente. Ainsi donc, le foyer n'était pas un milieu sûr et sécuritaire pour la personne résidente 002.

Order(s) of the Inspector

Ordre(s) de l'inspecteur

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

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 gravité de ce problème constituait un préjudice réel pour les personnes résidentes 001 et 002. L'étendue du problème constituait une tendance, car d'une part deux des trois personnes résidentes dont nous avons examiné le cas avaient subi un préjudice, et d'autre part le foyer avait une non-conformité précédente à une disposition différente de la LFSLD. (502)

Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le : 20 mars 2020

Order(s) of the Inspector

Ordre(s) de l'inspecteur

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

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

**RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX RÉEXAMENS DE DÉCISION
ET AUX APPELS**

PRENEZ AVIS :

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

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

La demande écrite doit comporter ce qui suit :

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

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

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

Order(s) of the Inspector**Ordre(s) de l'inspecteur**

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

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

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

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

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

À l'attention du/de la
registrator(e) Commission d'appel
et de révision des services de
santé
151, rue Bloor Ouest, 9e étage
Toronto ON M5S 1S4

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

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

Émis le 27 février 2020.

Signature de l'inspectrice :

Nom de l'inspectrice : Julienne NgoNloga

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