

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 :
21 octobre 2021	2021_831211_0014	009290-21	Inspection dans le cadre du Système de rapport d'incidents critiques

Titulaire de permis

Comtés unis de Prescott et Russell
59, rue Court, case postale 304, L'Orignal, ON K0B 1K0

Foyer de soins de longue durée

Résidence Prescott et Russell
1020, boulevard Cartier, Hawkesbury, ON K6A 1W7

Nom de l'inspectrice

JOELLE TAILLEFER (211)

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 aux dates suivantes : 1^{er}, 2, 3, 13, 14, 15, 16, 20, 21, 22 et 24 septembre 2021 (sur place); 27 et 28 septembre 2021, et 6, 13 et 14 octobre 2021 (hors site).

Les éléments suivants ont été inspectés :

Registre n° 009290-21 : rapport d'incident critique concernant un incident de chute qui a causé à une personne résidente une lésion nécessitant son transport à l'hôpital, et qui a provoqué un changement important dans son état de santé.

Il convient de remarquer que l'inspectrice Pamela Finnikin n° 720492 a participé à cette inspection en qualité d'observatrice les 30 et 31 août 2021, et les 1^{er}, 2 et 3 septembre 2021.

Au cours de l'inspection, l'inspectrice a eu des entretiens avec les personnes suivantes : administrateur, directrice ou directeur des soins infirmiers (DSI), directrice adjointe ou directeur adjoint des soins infirmiers (DASI), superviseure ou superviseur en service alimentaire/responsable des loisirs et des programmes, responsable des services de l'environnement, coordonnatrice ou coordonnateur des soins cliniques, superviseure ou superviseur des services administratifs, plusieurs infirmières autorisées ou infirmiers autorisés (IA), plusieurs infirmières auxiliaires autorisées ou infirmiers auxiliaires autorisés (IAA), plusieurs personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP), aide-physiothérapeute, aide-ménagère ou aide-ménager, technicienne ou technicien aux horaires, préposée ou préposé aux archives, personnes préposées au service d'alimentation, aides des services de buanderie, personnel d'entretien, commis aux achats et aux stocks, et personnes résidentes.

En outre, les inspectrices ont examiné les dossiers médicaux de plusieurs personnes résidentes, examiné les documents du programme « blueRover » et les feuilles de température « *UCR Prescott & Russell* » (CUPR – Résidence Prescott et Russell), ainsi que la « Vérification de la température »; elles ont examiné de la correspondance, des plannings du personnel, et les politiques et marches à suivre suivantes : n° 650.01 « Bâtiment – procédure générale » – rubrique « Ascenseur » datée de juin 2016, n° 635.03 « Entretien du bâtiment – climatisation et ventilation » – rubrique « Changement des filtres de la ventilation centrale et autre » datée de novembre 2016, n° 635.02 « Entretien du bâtiment – climatisation et ventilation » – rubrique « Installation d'un climatiseur – chambre d'un résident » datée de février 2018, n° 635.01 « Entretien du bâtiment – climatisation et ventilation » – rubrique « Aire de refroidissement/prise de température » datée de juin 2018, n° 760.20 « Administration/santé et sécurité » – rubrique « Maladies liées à la chaleur » datée d'août 2018, n° 760.07 « Administration » – rubrique « Maladies liées à la chaleur » datée de mars 2014, n° 330.09 « Services des soins infirmiers » – rubrique « Moyens de contention aux résidents/appareil d'aide personnelle (appareil utilisé pour aider une personne) » datée de décembre 2017. L'inspectrice a observé les soins aux personnes résidentes et les services en lien avec les procédures et les techniques de prévention et de contrôle des infections.

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

- Prévention des chutes
- Hospitalisation et changement de l'état pathologique
- Prévention et contrôle des infections
- Foyer sûr et sécuritaire

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

- 5 AE
- 3 PRV
- 2 OC
- 0 RD
- 0 OTA

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

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

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

AE n° 1 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 9. Portes

En particulier concernant ce qui suit :

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

1. Toutes les portes donnant sur un escalier et toutes celles donnant sur l'extérieur du foyer, à l'exception des portes donnant sur des aires sécuritaires à l'extérieur qui empêchent les résidents de sortir, y compris les balcons et les terrasses, ou des portes auxquelles les résidents n'ont pas accès, doivent être, à la fois :

i. gardées fermées et verrouillées,
ii. dotées d'un système de contrôle d'accès sous tension en tout temps,
iii. dotées d'une alarme sonore qui permet d'annuler les appels uniquement au point d'activation et qui

A. soit est branchée sur le système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel,

B. soit est branchée sur un panneau de contrôle audio-visuel qui lui-même est branché sur le poste infirmier le plus près de la porte et muni d'un interrupteur de réarmement manuel à chaque porte.

Règl. de l'Ont. 79/10, art. 9; Règl. de l'Ont. 363/11, par. 1 (1, 2).

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

2. 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, 2).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les personnes résidentes n'aient pas accès à toutes les aires non résidentielles.

Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les règles suivantes soient respectées : toutes les portes menant à des aires non résidentielles doivent être :

- i. gardées fermées et verrouillées
- ii. dotées d'un système de contrôle d'accès sous tension en tout temps,
- iii. dotées d'une alarme sonore qui permet d'annuler les appels uniquement au point d'activation et qui
 - A. soit est branchée sur le système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel,
 - B. soit est branchée sur un panneau de contrôle audio-visuel qui lui-même est branché sur le poste infirmier le plus près de la porte et muni d'un interrupteur de réarmement manuel à chaque porte.

L'inspectrice 211 a remarqué que le foyer avait deux ascenseurs côte à côte. Ces deux ascenseurs sont accessibles du troisième étage jusqu'au sous-sol. Ils sont tous deux dotés d'un clavier pour limiter l'accès des personnes résidentes au sous-sol. Il faut activer un code sur le clavier pour envoyer l'ascenseur au sous-sol. Le sous-sol était identifié comme une aire non résidentielle du foyer. On remarque que lorsqu'on appelle l'ascenseur du sous-sol pour qu'il s'y rende, toute personne qui se trouve dans l'ascenseur au moment de l'appel sera amenée au sous-sol et aura accès aux aires non résidentielles du sous-sol.

**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***

L'inspectrice 211 a examiné la politique du foyer n° 650.91 intitulée « Ascenseur » datée de juin 2016 qui se trouvait sur le mur entre les deux ascenseurs au sous-sol. La politique, rédigée en français, indiquait ce qui suit : « Quand un membre du personnel appuie sur le bouton pour demander que l'ascenseur se rende au sous-sol, le membre du personnel doit attendre l'arrivée de l'ascenseur pour s'assurer qu'une personne résidente n'a pas été amenée au sous-sol à son insu ».

Les notes d'évolution d'une personne résidente rédigées un certain jour de 2021 indiquaient qu'elle avait été amenée au sous-sol, puis avait gravi les escaliers du sous-sol au premier étage. Un membre du personnel avait trouvé la personne résidente au premier étage.

Le 16 septembre 2021, l'inspectrice 211 a remarqué que le sous-sol du foyer est considéré comme une aire non résidentielle. L'inspectrice a remarqué qu'au bout du couloir il y avait une porte non verrouillée donnant sur une cage d'escalier menant au premier étage, porte qui n'était pas dotée d'un système de contrôle d'accès ni d'une alarme sonore. Le 22 septembre 2021, la porte menant à la cage d'escalier était toujours fermée, mais elle n'était pas verrouillée.

Lors d'un entretien, un membre du personnel a affirmé qu'à deux reprises cette année deux personnes résidentes non identifiées avaient été amenées par mégarde au sous-sol par l'ascenseur. Qui plus est, un incident similaire s'était produit il y avait près de six mois.

La ou le DSI a déclaré que l'incident de la personne résidente avait eu lieu parce que, lorsqu'elle était dans l'ascenseur, un membre du personnel avait appelé l'ascenseur à partir du sous-sol. L'employé inconnu était parti au lieu d'attendre que les portes de l'ascenseur s'ouvrent. La personne résidente avait monté les escaliers du sous-sol au premier étage jusqu'à ce qu'un employé la trouve. La ou le DSI a déclaré que la personne résidente était capable d'utiliser une aide à la mobilité de façon autonome et de prendre l'ascenseur.

La ou le responsable des services de l'environnement a reconnu que la porte n'est pas dotée d'un mécanisme de verrouillage et qu'elle devrait être gardée fermée et verrouillée, être dotée d'un système de contrôle d'accès sous tension en tout temps et dotée d'une alarme sonore, car elle donne sur une cage d'escalier.

Ainsi, il y avait un risque pour la sécurité de la personne résidente, car elle a été en mesure d'avoir accès à des aires non résidentielles du foyer.

Sources : Examen des dossiers médicaux d'une personne résidente, et de la politique du foyer n° 650.91 intitulée « Ascenseurs » datée de juin 2016.

Observation du sous-sol du foyer et des portes du sous-sol par l'inspectrice 211.

Entretiens avec la ou le DSI, un membre du personnel et la ou le responsable des services de l'environnement. [Dispositions 9. (1) 1.]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que toutes les portes donnant sur des aires non résidentielles doivent être dotées de verrous pour empêcher leur accès non supervisé par les personnes résidentes, et à ce que ces portes doivent être gardées fermées et verrouillées quand elles ne sont pas supervisées par le personnel.

Le 16 septembre 2021, l'inspectrice 211 a remarqué que le sous-sol du foyer est une aire non résidentielle. L'inspectrice a remarqué une porte qui menait au salon des employés dans un couloir. La porte était fermée, mais elle n'était pas verrouillée. La porte a une serrure à clé. Le salon des employés n'était pas supervisé.

Le 20 septembre 2021, à 12 h 30, l'inspectrice 211 a remarqué dans le couloir du sous-sol une porte portant la mention « Chute à linge (Laundry chute) »; elle était entrebâillée et un butoir de porte en bois était placé sur le sol pour empêcher la porte de se verrouiller. Il faut une clé pour ouvrir cette porte. La salle n'était pas supervisée.

Le 22 septembre 2021, l'inspectrice 211 a remarqué depuis le couloir du sous-sol des portes à deux battants ouverts qui donnaient sur une salle des achats non supervisée et remplie d'équipement. En outre, l'inspectrice 211 a remarqué deux ensembles de portes latérales à deux battants ouvertes situées à l'extrémité gauche de la salle des achats et donnant directement sur le terrain de stationnement extérieur et sur une rue très passante. Cette aire n'était pas supervisée. En outre, la porte menant au salon des employés était fermée, mais toujours pas verrouillée. Le salon des employés n'était pas supervisé.

La ou le responsable des services de l'environnement a reconnu que les portes du salon des employés et de la salle des achats devraient être fermées et verrouillées. La ou le responsable des services de l'environnement a déclaré que l'aire d'expédition et de réception située à l'extrémité gauche de la salle des achats avait deux ensembles de portes à deux battants donnant directement à l'extérieur du foyer et que les portes intérieures à deux battants de ces pièces devraient être fermées et verrouillées. Toutefois, on avait gardé les portes extérieures à double battant ouvertes pendant l'été et pendant les périodes de chaleur parce que les deux compresseurs situés entre ces portes intérieures et extérieures dégageaient trop de chaleur.

La ou le responsable des services de l'environnement a déclaré que la porte n° 001 « Chute à linge (Laundry Chute) » devrait être fermée et verrouillée, et que les employés n'avaient pas le droit de mettre un butoir de porte en bois pour empêcher la porte de se verrouiller.

Il y avait donc un risque pour la sécurité des personnes résidentes quand on gardait les portes des aires non résidentielles déverrouillées ou ouvertes si l'ascenseur amenait par inadvertance une personne résidente au sous-sol.

Sources : Observation du sous-sol du foyer et des portes du sous-sol par l'inspectrice 211. Entretien avec la ou le responsable des services de l'environnement. [Dispositions 9. (1) 2.]

Autres mesures requises :

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

AE n° 2 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 17. Système de communication bilatérale

En particulier concernant ce qui suit :

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).**

Constatations :

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 est disponible dans toute aire accessible si l'ascenseur amenait par inadvertance une personne résidente au sous-sol.

Les notes d'évolution d'une personne résidente rédigées un certain jour de 2021 pendant le poste de travail du soir indiquaient que pendant que la personne résidente se trouvait dans l'ascenseur elle avait été amenée par inadvertance au sous-sol.

La ou le responsable des services de l'environnement ne savait pas que le téléphone situé au sous-sol, à l'extérieur des ascenseurs, mais à côté de ceux-ci, ne fonctionnait pas correctement, et la ou le responsable ne pouvait pas non plus estimer la durée pendant laquelle le téléphone était dans cet état. Le téléphone était précédemment doté d'un système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel. Le 28 septembre 2021, la ou le responsable des services de l'environnement a déclaré que le téléphone du sous-sol à l'extérieur des ascenseurs avait été réparé et doté d'un système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel.

Ainsi, il s'agissait d'un risque pour la sécurité des personnes résidentes si l'ascenseur les amenait par inadvertance au sous-sol et qu'elles avaient besoin de rejoindre un membre du personnel pour avoir de l'aide.

Sources : Examen des dossiers médicaux d'une personne résidente. Observation par l'inspectrice 211 du sous-sol du foyer, du téléphone situé au sous-sol, à l'extérieur des ascenseurs et à côté de ceux-ci. Entretien avec la ou le responsable des services de l'environnement. [Dispositions 17. (1) e)]

Autres mesures requises :

L'OC n° 002 sera signifié au titulaire de permis. Voir le formulaire « Ordre(s) de l'inspecteur ».

AE n° 3 : 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 concernant les 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).**

Constatations :

1. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soit adopté pour une 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 à la personne résidente concernant son dispositif de sécurité.

Un examen des notes d'évolution d'une personne résidente un certain jour de 2021 indiquait que son dispositif de sécurité était en place et fonctionnel. Soixante-sept (67) jours plus tard, on a trouvé la personne résidente gisant sur le sol. Les notes d'évolution indiquaient qu'elle avait essayé de se rendre à la salle de bains par ses propres moyens alors qu'elle avait besoin d'aide.

Le membre du personnel infirmier autorisé a déclaré que la personne résidente avait le dispositif de sécurité en place le jour de la chute, mais ne pas se souvenir si le dispositif de sécurité sonnait quand on avait trouvé la personne résidente sur le sol. Un autre membre du personnel infirmier autorisé a déclaré que la personne résidente était capable de déconnecter le dispositif de sécurité.

La directrice adjointe ou le directeur adjoint des soins infirmiers a confirmé que le programme de soins de la personne résidente au moment de la chute n'indiquait pas que la personne résidente avait le dispositif de sécurité, et cette information aurait dû être documentée.

Ainsi, le risque de chute de la personne résidente avait été accru quand son programme de soins n'avait pas établi des directives claires à l'intention du personnel et des autres personnes qui fournissaient des soins directs à la personne résidente, en indiquant qu'elle avait le dispositif de sécurité.

Sources : Examen des dossiers médicaux d'une personne résidente et entretiens avec deux membres du personnel infirmier autorisé et avec la directrice adjointe ou le directeur adjoint des soins infirmiers. [Dispositions 6. (1) c)]

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 par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer que soit adopté un programme de soins écrit pour chaque personne résidente qui établit des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs à la personne résidente. Ce plan de redressement doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 4 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 21. Température ambiante

En particulier concernant ce qui suit :

Par. 21. (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que la température soit mesurée et consignée, au minimum, dans les aires suivantes du foyer :

1. Au moins deux chambres à coucher de résidents dans différentes parties du foyer. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 21 (2).

Par. 21. (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que la température soit mesurée et consignée, au minimum, dans les aires suivantes du foyer :

2. Une aire commune pour les résidents à chaque étage du foyer, y compris un salon, une aire où mangent les résidents ou un couloir. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 21 (2).

Par. 21. (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que la température soit mesurée et consignée, au minimum, dans les aires suivantes du foyer :

3. Chaque aire de refroidissement désignée, s'il y en a dans le foyer. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 21 (2).

Par. 21. (3) La température qui doit être mesurée en application du paragraphe (2) est consignée au moins une fois le matin, une fois l'après-midi, entre 12 h et 17 h, et une fois le soir ou la nuit. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 21 (3).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la température du foyer fût maintenue à au moins 22 degrés Celsius dans différentes aires du foyer.

L'inspectrice 211 a examiné les deux systèmes de surveillance et de consignation de la température pour la période du 15 mai au 7 août 2021. Le titulaire de permis a utilisé les feuilles « Vérification de la température » – Résidence Prescott et Russell du 15 mai au 11 juillet 2021. Le 13 juillet 2021, à 14 heures environ, on a remplacé les feuilles de surveillance et de consignation de la température par un nouveau système à distance appelé « blueRover Program » qui surveillait et consignait la température du foyer quotidiennement et toutes les heures.

1. Un examen des feuilles « Vérification de la température » – Résidence Prescott et Russell indiquait que plusieurs aires du foyer, y compris les chambres de personnes résidentes, les salles à manger et les aires communes avaient été maintenues au-dessous de 22 degrés Celsius du 15 mai au 11 juin 2021, du 14 au 25 juin 2021, du 28 juin au 9 juillet 2021, et du 10 au 11 juillet 2021.

2. Un examen des feuilles du système de contrôle à distance de la température de la Résidence Prescott et Russell appelé « blueRover Program » indiquait que plusieurs aires du foyer, y compris les chambres de personnes résidentes, les salles à manger et les aires communes avaient été maintenues au-dessous de 22 degrés Celsius du 13 juillet au 7 août 2021.

L'administrateur a déclaré que le système de contrôle de la température à distance de la Résidence Prescott et Russell appelé « blueRover Program » indiquait de garder la température entre 20 et 26 degrés Celsius. L'administrateur et d'autres personnes sont informés par le système de contrôle à distance de la température appelé « blueRover Program » quand la température chute au-dessous de 20 degrés Celsius. L'administrateur a déclaré ne pas être au courant que la température ambiante du foyer devait être maintenue à au moins 22 degrés Celsius comme on l'indique dans le Règl. de l'Ont. 79/10, par. 21 (1). La ou le responsable des services de l'environnement n'était pas non plus au courant de l'exigence de 22 degrés Celsius.

La ou le responsable des services de l'environnement a déclaré que, quand la température dans une aire du foyer était inférieure à 20 degrés Celsius ou supérieure à 26 degrés Celsius, l'employé d'entretien du poste de travail de jour est avisé et des mesures correctrices sont mises en œuvre. Cependant, le foyer n'a pas du personnel d'entretien dans le bâtiment pour les postes de travail du soir et de nuit. Pendant ces moments-là, on n'apporte pas de mesures correctrices quand les températures sont inférieures à 20 degrés Celsius.

Ainsi, les personnes résidentes courraient un risque éventuel de ressentir de l'inconfort quand la température du foyer était inférieure à 22 degrés Celsius.

Sources : Examen des feuilles « Vérification de la température » – Résidence Prescott et Russell et des feuilles du système de contrôle à distance de la température appelé « blueRover Program ». Entretien avec la ou le responsable des services de l'environnement et avec l'administrateur. [Article 21]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la température fût mesurée et consignée, au minimum :
- dans deux chambres à coucher de personnes résidentes, dans différentes parties du foyer,
 - dans une aire commune pour les personnes résidentes à chaque étage du foyer, y compris un salon, une aire où mangent les personnes résidentes ou un couloir,
 - dans chaque aire de refroidissement désignée,
 - une fois le matin, une fois l'après-midi entre 12 h et 17 h, et une fois le soir ou la nuit.

Le foyer a quatre salles à manger et douze salons. La ou le responsable des services de l'environnement a déclaré que tous ces salons et les salles à manger sont considérés comme des aires communes pour les personnes résidentes, et ils sont également utilisés comme aires de refroidissement désignées. La ou le responsable des services de l'environnement a déclaré que le Bistro, le grand salon du premier étage, et l'entrée principale du foyer, sont également considérés comme des aires communes pour les personnes résidentes et sont désignées comme des aires de refroidissement.

L'examen des feuilles « Vérification de la température » de la Résidence Prescott et Russell du 15 mai au 11 juillet 2021 indiquait ce qui suit :

La température n'avait pas été mesurée ni consignée dans deux chambres à coucher de personnes résidentes dans différentes parties du foyer, au minimum :

- une fois le matin, une fois l'après-midi entre 12 h et 17 h, et une fois le soir ou la nuit, du 15 au 23 mai 2021, les 5, 6, 12, 13, 26 et 27 juin 2021, et les 10 et 12 juillet 2021,
- une fois l'après-midi entre 12 h et 17 h, et une fois le soir ou la nuit du 24 mai au 4 juin 2021, du 7 au 11 juin 2021, du 14 juin au 25 juin 2021, et du 28 juin au 7 juillet 2021,
- une fois l'après-midi entre 12 h et 17 h les 8, 9 et 11 juillet 2021.

La température n'avait pas été mesurée et consignée,

- dans une aire commune pour les personnes résidentes également considérée comme étant leur aire de refroidissement à chaque étage du foyer, et
- dans chaque aire de refroidissement désignée du foyer, au moins :
 - une fois le matin, une fois l'après-midi entre 12 h et 17 h, et une fois le soir ou la nuit, les 12, 13, 26 et 27 juin 2021, et le 10 juillet 2021,
 - une fois entre 12 et 17 h, et une fois le soir ou la nuit du 15 mai au 7 juillet 2021.
 - une fois l'après-midi entre 12 h et 17 h les 8, 9 et 11 juillet 2021.

Le 13 juillet 2021, le foyer a remplacé la surveillance et la consignation de la température à l'aide des feuilles « Vérification de la température » par le nouveau système de surveillance à distance de la température intitulé « blueRover Program » utilisant des feuilles de température « *UCPR Prescott & Russell* » (CUPR – Résidence Prescott et Russell). Ce nouveau système de surveillance consignait la température quotidiennement et toutes les heures.

La ou le responsable des services de l'environnement a déclaré être incapable de trouver la feuille de surveillance et de consignation de la température du 12 juillet 2021. La ou le responsable des services de l'environnement a expliqué que l'on avait cessé la surveillance et la consignation de la température à l'aide des feuilles « Vérification de la température » quand on avait mis en service au foyer le nouveau système de surveillance à distance de la température appelé « blueRover Program ». La ou le responsable des services de l'environnement pensait que le nouveau système de surveillance à distance de la température avait été mis en marche le 12 juillet 2021, mais la surveillance de la température n'avait pas été consignée.

Par conséquent, la température n'avait pas été mesurée et consignée par écrit, au minimum dans les aires suivantes du foyer comme on l'indique dans le Règl. de l'Ont. 79/10, disp. 21. (2) 1. 2. 3. et dans le Règl. de l'Ont. 79/10 par. 21 (3).

Il y avait un risque pour le confort et la sécurité des personnes résidentes quand les températures n'avaient pas été mesurées et consignées dans les aires spécifiées du foyer dans les délais requis.

Sources : Examen des feuilles « Vérification de la température » – Résidence Prescott et Russell et des feuilles du système de contrôle à distance de la température appelé « blueRover Program ». Entretiens avec la ou le responsable des services de l'environnement et avec l'administrateur. [Disposition 21. (2) 1.]

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 par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer que la température du foyer est maintenue à au moins 22 degrés Celsius, – à ce que la température soit mesurée et consignée, au minimum, dans les aires suivantes du foyer :

- 1. au moins deux chambres à coucher de personnes résidentes dans différentes parties du foyer,***
 - 2. une aire commune pour les personnes résidentes à chaque étage du foyer, y compris un salon, une aire où mangent les personnes résidentes ou un couloir,***
 - 3. chaque aire de refroidissement désignée, s'il y en a dans le foyer,***
- pour veiller à ce que la température qui doit être mesurée en application du paragraphe (2) soit consignée au moins une fois le matin, une fois l'après-midi entre 12 h et 17 h, et une fois le soir ou la nuit. Ce plan de redressement doit être mis en œuvre volontairement.***

AE n° 5 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 229. Programme de prévention et de contrôle des infections

En particulier concernant ce qui suit :

Par. 229. (4) Le titulaire de permis veille à ce que tout le personnel participe à la mise en œuvre du programme. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 229 (4).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que tout le personnel participât à la mise en œuvre des pratiques du programme de prévention et de contrôle des infections.

Le personnel n'a pas désinfecté les mains d'une personne résidente avant son repas, et un autre membre du personnel ne s'est pas désinfecté les mains avant d'aider des personnes résidentes à prendre leur repas.

Le 2 septembre 2021, à l'heure du déjeuner, les inspectrices 211 et 720492 ont remarqué que deux membres du personnel n'avaient pas aidé une personne résidente à pratiquer l'hygiène des mains avant le début de son repas ni en entrant dans la salle à manger. Les deux membres du personnel infirmier autorisé ont confirmé que les mains de la personne résidente n'avaient pas été désinfectées avant le début de son repas.

En outre, les inspectrices 211 et 720492 ont remarqué que deux membres du personnel n'avaient pas aidé une autre personne résidente à pratiquer l'hygiène des mains avant le début de son repas ni en entrant dans la salle à manger. Le membre du personnel infirmier autorisé a confirmé que les mains de la personne résidente n'avaient pas été désinfectées avant qu'elle commence son repas.

De plus, les inspectrices 211 et 720492 ont remarqué qu'un autre membre du personnel n'avait pas pratiqué l'hygiène des mains avant d'aider deux autres personnes résidentes à prendre leur repas. Le membre du personnel ne s'était pas désinfecté les mains entre les deux personnes résidentes avant de les aider à prendre leur repas. Le membre du personnel a confirmé que ses mains n'étaient pas désinfectées avant d'aider les personnes résidentes à prendre leur repas.

Ainsi, les personnes résidentes étaient exposées à un risque de transmission d'infection lorsque le personnel ne les a pas aidées à pratiquer l'hygiène des mains avant leur repas et lorsque les mains d'un membre du personnel n'étaient pas nettoyées ou désinfectées avant d'aider les personnes résidentes à prendre leur repas.

Sources : Observations des inspectrices 211 et 720492. Entretiens avec quatre membres du personnel. [Paragraphe 229. (4)]

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 par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer que tout le personnel participe à la mise en œuvre du programme. Ce plan de redressement doit être mis en œuvre volontairement.

Émis le 26 octobre 2021.

Signature de l'inspectrice

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°) : JOELLE TAILLEFER (211)

N° de l'inspection : 2021_831211_0014

N° de registre : 009290-21

Type d'inspection : Système de rapport d'incidents critiques

21 octobre 2021

Date du rapport :

Titulaire de permis : Comtés unis de Prescott et Russell
59, rue Court, case postale 304, L'Orignal ON K0B 1K0

Foyer de SLD : Résidence Prescott et Russell
1020, boulevard Cartier, Hawkesbury, ON K6A 1W7

**Nom de l'administratrice
ou de l'administrateur :** Alexandre Gorman

À l'intention des Comtés unis de Prescott et Russell, 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 :

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

Aux termes du :

Règl. de l'Ont. 79/10, par. 9. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au respect des règles suivantes :

1. Toutes les portes donnant sur un escalier et toutes celles donnant sur l'extérieur du foyer, à l'exception des portes donnant sur des aires sécuritaires à l'extérieur qui empêchent les résidents de sortir, y compris les balcons et les terrasses, ou des portes auxquelles les résidents n'ont pas accès, doivent être, à la fois :

i. gardées fermées et verrouillées,
ii. dotées d'un système de contrôle d'accès sous tension en tout temps,
iii. dotées d'une alarme sonore qui permet d'annuler les appels uniquement au point d'activation et qui :

A. soit est branchée sur le système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel,

B. soit est branchée sur un panneau de contrôle audio-visuel qui lui-même est branché sur le poste infirmier le plus près de la porte et muni d'un interrupteur de réarmement manuel à chaque porte.

1,1. Toutes les portes donnant sur des aires sécuritaires à l'extérieur qui empêchent les résidents de sortir, y compris les balcons et les terrasses, doivent être dotées de verrous pour empêcher leur accès non supervisé par les résidents.

2. 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.

3. Les verrous sur les portes de chambre à coucher, de salle de toilette, de cabinet d'aisances ou de salle de douche doivent être conçus et entretenus de sorte qu'ils puissent être aisément désengagés de l'extérieur en cas d'urgence.

4. Toutes les alarmes des portes donnant sur l'extérieur doivent être branchées sur une source d'alimentation de secours, sauf si le foyer n'est pas desservi par une génératrice, auquel cas le personnel du foyer surveille ces portes conformément aux marches à suivre énoncées dans les plans de mesures d'urgence du foyer. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 9; Règl. de l'Ont. 363/11, par. 1 (1, 2)

Order(s) of the Inspector

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

Ordre(s) de l'inspecteur

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

Ordre :

Le titulaire de permis veille à ce qui suit :

1-La porte à l'extrémité du couloir menant à la cage d'escalier est gardée fermée et verrouillée, dotée d'un système de contrôle d'accès sous tension en tout temps, et dotée d'une alarme sonore qui permet d'annuler les appels uniquement au point d'activation et qui

A. soit est branchée sur le système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel,

B. soit est branchée sur un panneau de contrôle audio-visuel qui lui-même est branché sur le poste infirmier le plus près de la porte et muni d'un interrupteur de réarmement manuel à chaque porte.

2-Les portes menant à la chute à linge, à la salle des achats et au salon des employés depuis le couloir du sous-sol doivent être fermées et verrouillées quand ces aires ne sont pas immédiatement supervisées par le personnel pour empêcher l'accès des personnes résidentes à ces aires non résidentielles. De plus, les portes de la salle des achats donnant sur l'extérieur du foyer doivent être gardées fermées et verrouillées quand elles ne sont pas supervisées.

3-Tous les membres du personnel du foyer de soins de longue durée (SLD) suivent une remise à niveau sur l'importance de garder les portes fermées et verrouillées quand ces aires ne sont pas immédiatement supervisées pour empêcher l'accès des personnes résidentes à ces aires non résidentielles.

4-Des vérifications sont effectuées jusqu'au 27 décembre 2021 deux fois par mois pour toutes les portes donnant sur des aires non résidentielles au sous-sol afin de veiller à ce qu'elles soient gardées fermées et verrouillées quand elles ne sont pas supervisées.

5-Les mesures correctrices sont documentées, mises en œuvre et réévaluées pour remédier à toute lacune détectée pendant les vérifications qui sont effectuées deux fois par mois.

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

Motifs :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les personnes résidentes n'aient pas accès à toutes les aires non résidentielles.

Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les règles suivantes soient respectées : toutes les portes menant à des aires non résidentielles doivent être :

- i. gardées fermées et verrouillées
- ii. dotées d'un système de contrôle d'accès sous tension en tout temps,
- iii. dotées d'une alarme sonore qui permet d'annuler les appels uniquement au point d'activation et qui
 - A. soit est branchée sur le système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel,
 - B. soit est branchée sur un panneau de contrôle audio-visuel qui lui-même est branché sur le poste infirmier le plus près de la porte et muni d'un interrupteur de réarmement manuel à chaque porte.

L'inspectrice 211 a remarqué que le foyer avait deux ascenseurs côte à côte. Ces deux ascenseurs sont accessibles du troisième étage jusqu'au sous-sol. Ils sont tous deux dotés d'un clavier pour limiter l'accès des personnes résidentes au sous-sol. Il faut activer un code sur le clavier pour envoyer l'ascenseur au sous-sol. Le sous-sol était identifié comme une aire non résidentielle du foyer. On remarque que lorsqu'on appelle l'ascenseur du sous-sol pour qu'il s'y rende, toute personne qui se trouve dans l'ascenseur au moment de l'appel sera amenée au sous-sol et aura accès aux aires non résidentielles du sous-sol.

L'inspectrice 211 a examiné la politique du foyer n° 650.91 intitulée « Ascenseur » datée de juin 2016 qui se trouvait sur le mur entre les deux ascenseurs au sous-sol. La politique, rédigée en français, indiquait ce qui suit : « Quand un membre du personnel appuie sur le bouton pour demander que l'ascenseur se rende au sous-sol, le membre du personnel doit attendre l'arrivée de l'ascenseur pour s'assurer qu'une personne résidente n'a pas été amenée au sous-sol à son insu ».

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

Les notes d'évolution d'une personne résidente rédigées un certain jour de 2021 indiquaient qu'elle avait été amenée au sous-sol, puis avait gravi les escaliers du sous-sol au premier étage. Un membre du personnel avait trouvé la personne résidente au premier étage.

Le 16 septembre 2021, l'inspectrice 211 a remarqué que le sous-sol du foyer est considéré comme une aire non résidentielle. L'inspectrice a remarqué qu'au bout du couloir il y avait une porte non verrouillée donnant sur une cage d'escalier menant au premier étage, porte qui n'était pas dotée d'un système de contrôle d'accès ni d'une alarme sonore. Le 22 septembre 2021, la porte menant à la cage d'escalier était toujours fermée, mais elle n'était pas verrouillée.

Lors d'un entretien, un membre du personnel a affirmé qu'à deux reprises cette année deux personnes résidentes non identifiées avaient été amenées par mégarde au sous-sol par l'ascenseur. Qui plus est, un incident similaire s'était produit il y avait près de six mois.

La ou le DSI a déclaré que l'incident de la personne résidente avait eu lieu parce que, lorsqu'elle était dans l'ascenseur, un membre du personnel avait appelé l'ascenseur à partir du sous-sol. L'employé inconnu était parti au lieu d'attendre que les portes de l'ascenseur s'ouvrent. La personne résidente avait monté les escaliers du sous-sol au premier étage jusqu'à ce qu'un employé la trouve. La ou le DSI a déclaré que la personne résidente était capable d'utiliser une aide à la mobilité de façon autonome et de prendre l'ascenseur.

La ou le responsable des services de l'environnement a reconnu que la porte n'est pas dotée d'un mécanisme de verrouillage et qu'elle devrait être gardée fermée et verrouillée, être dotée d'un système de contrôle d'accès sous tension en tout temps et dotée d'une alarme sonore, car elle donne sur une cage d'escalier.

Ainsi, il y avait un risque pour la sécurité de la personne résidente, car elle a été en mesure d'avoir accès à des aires non résidentielles du foyer.

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

Sources : Examen des dossiers médicaux d'une personne résidente, et de la politique du foyer n° 650.91 intitulée « Ascenseurs » datée de juin 2016.

Observation du sous-sol du foyer et des portes du sous-sol par l'inspectrice 211. Entretiens avec la ou le DSI, un membre du personnel et la ou le responsable des services de l'environnement. [Dispositions 9. (1) 1.]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que toutes les portes donnant sur des aires non résidentielles doivent être dotées de verrous pour empêcher leur accès non supervisé par les personnes résidentes, et à ce que ces portes doivent être gardées fermées et verrouillées quand elles ne sont pas supervisées par le personnel.

Le 16 septembre 2021, l'inspectrice 211 a remarqué que le sous-sol du foyer est une aire non résidentielle. L'inspectrice a remarqué une porte qui menait au salon des employés dans un couloir. La porte était fermée, mais elle n'était pas verrouillée. La porte a une serrure à clé. Le salon des employés n'était pas supervisé.

Le 20 septembre 2021, à 12 h 30, l'inspectrice 211 a remarqué dans le couloir du sous-sol une porte portant la mention « Chute à linge (Laundry chute) »; elle était entrebâillée et un butoir de porte en bois était placé sur le sol pour empêcher la porte de se verrouiller. Il faut une clé pour ouvrir cette porte. La salle n'était pas supervisée.

Le 22 septembre 2021, l'inspectrice 211 a remarqué depuis le couloir du sous-sol des portes à deux battants ouverts qui donnaient sur une salle des achats non supervisée et remplie d'équipement. En outre, l'inspectrice 211 a remarqué deux ensembles de portes latérales à deux battants ouvertes situées à l'extrémité gauche de la salle des achats et donnant directement sur le terrain de stationnement extérieur et sur une rue très passante. Cette aire n'était pas supervisée. En outre, la porte menant au salon des employés était fermée, mais toujours pas verrouillée. Le salon des employés n'était pas supervisé.

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 ou le responsable des services de l'environnement a reconnu que les portes du salon des employés et de la salle des achats devraient être fermées et verrouillées. La ou le responsable des services de l'environnement a déclaré que l'aire d'expédition et de réception située à l'extrémité gauche de la salle des achats avait deux ensembles de portes à deux battants donnant directement à l'extérieur du foyer et que les portes intérieures à deux battants de ces pièces devraient être fermées et verrouillées. Toutefois, on avait gardé les portes extérieures à double battant ouvertes pendant l'été et pendant les périodes de chaleur parce que les deux compresseurs situés entre ces portes intérieures et extérieures dégageaient trop de chaleur.

La ou le responsable des services de l'environnement a déclaré que la porte n° 001 « Chute à linge (Laundry Chute) » devrait être fermée et verrouillée, et que les employés n'avaient pas le droit de mettre un butoir de porte en bois pour empêcher la porte de se verrouiller.

Il y avait donc un risque pour la sécurité des personnes résidentes quand on gardait les portes des aires non résidentielles déverrouillées ou ouvertes si l'ascenseur amenait par inadvertance une personne résidente au sous-sol.

Sources : Observation du sous-sol du foyer et des portes du sous-sol par l'inspectrice 211. Entretien avec la ou le responsable des services de l'environnement. (211)

Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le : 27 décembre 2021

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

Aux termes du :

Règl. de l'Ont. 79/10, 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;
- 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).

Ordre :

Le titulaire de permis veille à ce qui suit :

Le téléphone qui se trouve à l'extérieur, mais à côté des ascenseurs au sous-sol est doté d'un système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel qui est toujours accessible si l'ascenseur amène par inadvertance une personne résidente au sous-sol.

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

Motifs :

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 est disponible dans toute aire accessible si l'ascenseur amenait par inadvertance une personne résidente au sous-sol.

Les notes d'évolution d'une personne résidente rédigées un certain jour de 2021 indiquaient que pendant que la personne résidente se trouvait dans l'ascenseur elle avait été amenée par inadvertance au sous-sol.

La ou le responsable des services de l'environnement ne savait pas que le téléphone situé au sous-sol, à l'extérieur des ascenseurs, mais à côté de ceux-ci, ne fonctionnait pas correctement, et la ou le responsable ne pouvait pas non plus estimer la durée pendant laquelle le téléphone était dans cet état. Le téléphone était précédemment doté d'un système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel. Le 28 septembre 2021, la ou le responsable des services de l'environnement a déclaré que le téléphone du sous-sol à l'extérieur des ascenseurs avait été réparé et doté d'un système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel.

Ainsi, il s'agissait d'un risque pour la sécurité des personnes résidentes si l'ascenseur les amenait par inadvertance au sous-sol et qu'elles avaient besoin de rejoindre un membre du personnel pour avoir de l'aide.

Sources : Examen des dossiers médicaux d'une personne résidente.

Observation par l'inspectrice 211 du sous-sol du foyer, du téléphone situé au sous-sol, à l'extérieur des ascenseurs et à côté de ceux-ci. Entretien avec la ou le responsable des services de l'environnement. (211)

Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le : 27 décembre 2021

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
438, rue University, 8e étage
Toronto ON M7A 1N3
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 registrateur(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
438, rue University, 8e étage
Toronto ON M7A 1N3
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 21 octobre 2021.

Signature de l'inspectrice :

Nom de l'inspectrice : Joelle Taillefer

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