

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District d'Ottawa**

347, rue Preston, bureau 410  
Ottawa, ON K1S 3J4  
Téléphone : 877 779-5559

**Rapport public modifié  
Page de couverture (M1)**

<b>Date d'émission du rapport modifié :</b> 13 juin 2024	
<b>Date d'émission du rapport initial :</b> 25 avril 2024	
<b>Numéro d'inspection :</b> 2024-1456-0003 (M1)	
<b>Type d'inspection :</b> Incident critique Suivi	
<b>Titulaire de permis :</b> Almonte General Hospital	
<b>Foyer de soins de longue durée et ville :</b> Fairview Manor, Almonte	
<b>Modifié par</b> Dee Colborne (000721)	<b>Signature numérique de l'inspectrice qui a modifié le rapport</b> Dee Colborne (000721)

**RÉSUMÉ D'INSPECTION MODIFIÉ**

Ce rapport a été modifié pour ce qui suit :  
L'OC n° 001 de l'inspection 2024-1456-0003 relativement au paragraphe 19 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22 a été modifié pour changer la date limite de mise en conformité au 5 juillet 2024.

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District d'Ottawa**

347, rue Preston, bureau 410  
Ottawa, ON K1S 3J4  
Téléphone : 877 779-5559

## Rapport public modifié (M1)

<b>Date d'émission du rapport modifié :</b> 13 juin 2024	
<b>Date d'émission du rapport initial :</b> 25 avril 2024	
<b>Numéro d'inspection :</b> 2024-1456-0003 (M1)	
<b>Type d'inspection :</b> Incident critique Suivi	
<b>Titulaire de permis :</b> Almonte General Hospital	
<b>Foyer de soins de longue durée et ville :</b> Fairview Manor, Almonte	
<b>Inspectrice principale</b> Dee Colborne (000721)	<b>Autres inspectrices ou inspecteurs</b> Ashley Martin (000728)
<b>Modifié par</b> Dee Colborne (000721)	<b>Signature numérique de l'inspectrice qui a modifié le rapport</b>

## RÉSUMÉ D'INSPECTION MODIFIÉ

Ce rapport a été modifié pour ce qui suit :  
L'OC n° 001 de l'inspection 2024-1456-0003 relativement au paragraphe 19 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22 a été modifié pour changer la date limite de mise en conformité au 5 juillet 2024.

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District d'Ottawa**

347, rue Preston, bureau 410  
Ottawa, ON K1S 3J4  
Téléphone : 877 779-5559

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 9, 10, 12, 15 et 16 avril 2024.

L'inspection concernait :

- le registre : n° 00093564 – éclosion de COVID-19
- le registre : n° 00108551 – suivi n° : 001 – paragraphe 184 (3) de la LRSLD (2021)
- le registre : n° 00110296 – perte du système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel
- le registre : n° 00110461 – cas allégué de mauvais traitements d'ordre physique entre personnes résidentes
- le registre : n° 00112875 – chute d'une personne résidente ayant provoqué une blessure.

## Ordres de conformité délivrés antérieurement

L'inspection a établi la conformité à l'ordre ou aux ordres de conformité suivants délivrés antérieurement :

Ordre n° 001 de l'inspection n° 2024-1456-0001 effectuée par Dee Colborne (000721) en lien avec le paragraphe 184 (3) de la LRSLD (2021).

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

Prévention et contrôle des infections  
Foyer sûr et sécuritaire  
Prévention des mauvais traitements et de la négligence  
Prévention et gestion des chutes

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District d'Ottawa**

347, rue Preston, bureau 410  
Ottawa, ON K1S 3J4  
Téléphone : 877 779-5559

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION MODIFIÉS

### AVIS ÉCRIT : Comportements réactifs – méthodes écrites en matière de soins

Problème de conformité n° 001 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

#### **Non-respect de la disposition 58 (1) 1 du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Comportements réactifs

Paragraphe 58 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à l'élaboration de ce qui suit pour répondre aux besoins des résidents qui affichent des comportements réactifs :

1. Des méthodes écrites en matière de soins, notamment des protocoles de dépistage, des évaluations, des réévaluations et l'identification des comportements déclencheurs pouvant donner lieu à des comportements réactifs, notamment sur le plan cognitif, physique, affectif, social ou environnemental.

Le titulaire de permis a omis de veiller à avoir des méthodes écrites en matière de soins, ce qui pouvait donner lieu à des comportements réactifs.

#### **Justification et résumé :**

À une certaine date de mars 2024, un incident de mauvais traitements d'ordre physique d'une personne résidente de la part d'une personne résidente impliquant deux personnes résidentes a donné lieu à une blessure. Au moment de l'incident, aucune méthode écrite en matière de soins ne figurait dans le programme de soins d'une personne résidente.

Lors d'un entretien, la directrice adjointe ou le directeur adjoint des soins infirmiers (DASI) 100 a confirmé que des méthodes en matière de soins axées sur les comportements réactifs auraient dû figurer dans le programme de soins.

Lors d'un entretien, le membre 116 du Projet OSTC a confirmé que l'on n'avait effectué aucun aiguillage vers le Projet OSTC pour une personne résidente en dépit des comportements réactifs mentionnés dans les notes d'évolution avant l'incident à une date déterminée de mars 2024.

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District d'Ottawa**

347, rue Preston, bureau 410  
Ottawa, ON K1S 3J4  
Téléphone : 877 779-5559

Ne pas avoir de méthodes écrites en matière de soins augmente le risque de comportements réactifs présentant un problème de sécurité pour les personnes résidentes et le personnel.

**Sources :** Entretien avec la ou le DASI 100, entretien avec le membre 116 du Projet OSTC, et examen du dossier d'une personne résidente.

[000728]

**AVIS ÉCRIT : Comportements réactifs – mesures d'intervention pour réduire au minimum les comportements réactifs**

Problème de conformité n° 002 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

**Non-respect de la disposition 58 (1) 2 du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Comportements réactifs

Paragraphe 58 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à l'élaboration de ce qui suit pour répondre aux besoins des résidents qui affichent des comportements réactifs :

2. Des stratégies écrites, notamment des techniques et des mesures d'intervention, pour prévenir ou réduire au minimum les comportements réactifs ou pour y réagir.

Le titulaire de permis a omis d'indiquer des mesures d'intervention pour prévenir ou réduire au minimum les comportements réactifs d'une personne résidente.

**Justification et résumé :**

À une certaine date de mars 2024, un incident de mauvais traitements d'ordre physique d'une personne résidente de la part d'une personne résidente impliquant deux personnes résidentes a donné lieu à une blessure. À la suite d'un examen des notes d'évolution, on constatait qu'aucune stratégie écrite n'était en place pour prévenir ou réduire au minimum les comportements réactifs d'une personne résidente.

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District d'Ottawa**

347, rue Preston, bureau 410  
Ottawa, ON K1S 3J4  
Téléphone : 877 779-5559

Lors d'un entretien, la ou le DASI 100 a confirmé que l'on aurait dû mettre en œuvre des stratégies écrites pour prévenir les comportements réactifs.

Lors d'un entretien, le membre 116 du Projet OSTC a confirmé que l'on n'avait effectué aucun aiguillage ni entrepris aucune mesure d'intervention pour réduire au minimum les comportements réactifs d'une personne résidente.

Un examen du dossier d'une personne résidente confirmait qu'aucune stratégie n'était en place pour prévenir ou réduire au minimum les comportements réactifs ou pour y réagir.

Ne pas veiller à ce que des stratégies écrites soient en place pour réduire au minimum les comportements réactifs accroît un risque en matière de sécurité pour les personnes résidentes et le personnel.

**Sources :** Entretien avec la ou le DASI 100, entretien avec le membre 116 du Projet OSTC, et examen du dossier d'une personne résidente.  
[000728]

## **AVIS ÉCRIT : Avis : police**

Problème de conformité n° 003 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

### **Non-respect de l'article 105 du Règl. de l'Ont. 246/22**

Avis : police

Article 105 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le service de police concerné fût immédiatement avisé de tout incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitements ou de négligence envers un résident s'il soupçonne que l'incident constitue une infraction criminelle. Règl. de l'Ont. 246/22, art. 105 et par. 390 (2).

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que la police fût avisée à la suite d'un incident de mauvais traitements d'ordre physique d'une personne résidente de la part d'une personne résidente à une date déterminée de mars 2024.

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District d'Ottawa**

347, rue Preston, bureau 410  
Ottawa, ON K1S 3J4  
Téléphone : 877 779-5559

**Justification et résumé :**

À la suite d'un incident de mauvais traitement d'ordre physique d'une personne résidente de la part d'une personne résidente, la police n'a pas été avisée. L'examen du rapport d'incident critique confirmait que la police n'avait pas été avisée au moment de l'incident.

Lors d'un entretien avec la ou le DASI 100, on a confirmé que l'on aurait dû communiquer avec les autorités policières à la suite de l'incident.

Le titulaire de permis n'ayant pas immédiatement signalé les mauvais traitements d'ordre physique à la police, aucune enquête policière n'a été entreprise.

**Sources :** Entretien avec la ou le DASI 100, et examen du dossier d'une personne résidente.  
[000728]

**ORDRE DE CONFORMITÉ OC n° 001 – Équipement du système de communication bilatérale**

Problème de conformité n° 004 – Ordre de conformité aux termes de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021).

**Non-respect de l'alinéa 19 (2) c) de la LRSLD (2021)**

Services d'hébergement

Paragraphe 19 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

c) le foyer, l'ameublement et le matériel sont entretenus de sorte qu'ils soient sûrs et en bon état.

**L'inspectrice ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de conformité [alinéa 155 (1) a) de la LRSLD (2021)] :**

A) Prendre des mesures correctrices pour veiller à ce que le système de communication bilatérale (sonnettes d'appel) du foyer soit réparé avant la date d'échéance de mise en conformité afin qu'il alerte le personnel infirmier par téléavertisseurs ou par téléphones.

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District d'Ottawa**

347, rue Preston, bureau 410  
Ottawa, ON K1S 3J4  
Téléphone : 877 779-5559

B) Avoir un processus en place pour veiller à ce que l'on réponde immédiatement aux sonnettes d'appel lors de tous les postes de travail, y compris le poste de nuit, jusqu'à ce que le système de sonnettes d'appel soit pleinement fonctionnel afin que le personnel infirmier puisse être averti des sonnettes d'appel par téléavertisseur ou par téléphones.

C) Effectuer quotidiennement des vérifications documentées des délais d'intervention en réponse à la sonnette d'appel pour une personne résidente par section du foyer accessible aux personnes résidentes et par jour, pour la semaine précédente, avec une mesure de suivi documentée pour déterminer la cause profonde du problème lorsqu'on a enregistré des retards dans les délais d'intervention.

D) Conserver des dossiers écrits des points A, B et C jusqu'à ce que le ministère des Soins de longue durée estime que le titulaire de permis s'est conformé au présent ordre.

**Motifs :**

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que le système de communication bilatérale du foyer (sonnettes d'appel) fût en bon état de marche.

**Justification et résumé :**

Un rapport d'incident critique (IC) a été soumis au directeur à une certaine date de février 2024; il mentionnait une défaillance du système de communication du foyer et indiquait qu'il serait réparé par un technicien en fin de journée ce jour-là.

Un examen du rapport des sonnettes d'appel à une date déterminée d'avril 2024, pour une chambre de personne résidente, pendant une période entre des dates déterminées en mars-avril 2024, révélait qu'il y avait 11 cas d'attente de 6 à 10 minutes, deux cas entre 10 et 15 minutes et un cas entre 20 et 30 minutes. Un examen plus approfondi du rapport des sonnettes d'appel pour une autre chambre de personne résidente pendant la même période révélait qu'il y avait quatre cas d'attente de plus de 10 à 20 minutes, et quatre cas où l'attente pour que l'on réponde à la sonnette d'appel allait de 21 à 38 minutes.



**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District d'Ottawa**

347, rue Preston, bureau 410  
Ottawa, ON K1S 3J4  
Téléphone : 877 779-5559

À une date déterminée d'avril 2024 pendant la matinée, l'inspectrice a remarqué un voyant de sonnette d'appel (de couleur verte) allumé sur le mur d'une chambre de personne résidente. L'inspectrice est entrée dans la chambre de la personne résidente et a remarqué qu'il y avait une personne résidente dans les toilettes. L'inspectrice est sortie de la chambre et a remarqué que le hublot de signalisation des sonnettes d'appel au plafond du couloir clignotait entre deux chambres de personnes résidentes. L'inspectrice a regardé dans le hall et remarqué que le voyant de sonnette d'appel au plafond (de couleur blanche) d'une autre chambre était illuminé. L'inspectrice ne pouvait pas entendre de son audible et elle a attendu pour voir si un membre du personnel viendrait. À un moment donné, l'inspectrice a remarqué qu'un membre du personnel entrait dans une chambre de personne résidente et parlait à la personne résidente, puis en ressortait; le voyant de la sonnette d'appel était éteint, la PSSP était ensuite allée répondre à la sonnette d'appel d'une autre chambre de personne résidente et avait dit à la personne qu'elle reviendrait tout de suite, car elle devait aller chercher de l'aide. La PSSP était alors sortie de la chambre.

Lors d'un entretien, avec une PSSP à une certaine date d'avril 2024, celle-ci a confirmé que les appels du système de sonnettes d'appel n'aboutissaient nulle part, que le système était détraqué et que l'alarme des détecteurs de mouvement pour lit ne sonnait plus non plus dans le système de sonnettes d'appel. La PSSP a confirmé que la direction du foyer continue de leur dire que l'on s'en occupe, mais que le système ne fonctionne plus depuis février 2024.

Lors d'un entretien, une personne résidente a confirmé que les sonnettes d'appel ne fonctionnaient pas correctement depuis quelques mois. Elle a déclaré qu'on lui avait donné une sonnette portative pour l'utiliser à un certain moment, mais qu'un membre du personnel était venu la reprendre pour la donner à quelqu'un d'autre. La personne résidente a confirmé qu'elle avait dû attendre pendant un temps considérable pour que le personnel réponde à sa sonnette d'appel, en indiquant qu'à une occasion l'attente avait été de 40 minutes.

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District d'Ottawa**

347, rue Preston, bureau 410  
Ottawa, ON K1S 3J4  
Téléphone : 877 779-5559

Lors d'un entretien à une date donnée d'avril 2024, deux PSSP ont confirmé que le système de sonnettes d'appel sonnait d'habitude sur les téléavertisseurs qu'elles portaient, mais que ce n'était plus le cas. Elles doivent essayer de faire des contrôles réguliers pour regarder les lumières ou le hublot de signalisation au plafond pour voir s'il est éclairé. Elles peuvent être occupées et ne pas toujours savoir lorsqu'une sonnette d'appel se déclenche. Elles ont confirmé qu'au début de la panne il y a quelques mois, les temps d'attente étaient pénibles pour les personnes résidentes, et que cette situation affectait toutes les aires du foyer réservées aux personnes résidentes.

Lors d'un entretien, à une date donnée d'avril 2024, deux PSSP ont confirmé qu'elles avaient auparavant des téléavertisseurs pour les avertir du déclenchement des sonnettes d'appel et des détecteurs de mouvement pour lit, mais qu'elles n'en avaient plus depuis longtemps et que la direction leur avait dit que c'était un système dépassé. Elles ont confirmé que pendant le poste de nuit il n'y a qu'une PSSP assignée à deux couloirs, et que si l'on est dans une chambre en train d'assister une personne résidente, on n'a aucune idée si une sonnette d'appel s'est déclenchée, car on ne peut pas voir l'affichage au plafond jusqu'à ce que l'on sorte de la chambre pour vérifier.

Lors d'un entretien avec la ou le responsable des services de l'environnement et la directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI), ces deux personnes ont confirmé qu'il y avait eu au départ une panne du système de sonnettes d'appel liée à une panne de serveur. On y avait remédié, et alors l'affichage au plafond ne fonctionnait pas comme on l'avait signalé au directeur à une date déterminée de février 2024. L'affichage avait été réparé ce jour-là, et le problème actuel concerne des questions d'informatique et la connexion des téléavertisseurs et des téléphones au système de sonnettes d'appel afin que le personnel n'ait plus à garder l'œil sur l'affichage au plafond pour savoir quelle sonnette d'appel s'est déclenchée. Les deux personnes ont confirmé être au courant du temps que prenait la réparation du système. La ou le DSI a confirmé en outre qu'en raison de la pénurie de personnel, ils n'ont plus le personnel nécessaire pour s'asseoir au coin des deux couloirs afin de pouvoir surveiller l'affichage au plafond.

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District d'Ottawa**

347, rue Preston, bureau 410  
Ottawa, ON K1S 3J4  
Téléphone : 877 779-5559

Ne pas veiller à ce que le système de communication bilatérale soit en bon état de marche accroît le risque de préjudice pour les personnes résidentes quand on ne répond pas aux sonnettes d'appel en temps voulu.

**Sources :** Rapport d'incident critique (IC), rapports des sonnettes d'appel du foyer, observations des inspectrices, entretiens avec une personne résidente, des PSSP, la ou le DSI, la ou le responsable des services de l'environnement et d'autres membres du personnel.

[000721]

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 5 juillet 2024.**

## **ORDRE DE CONFORMITÉ n° 002 – Programme de prévention et de contrôle des infections**

Problème de conformité n° 005 – Ordre de conformité aux termes de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021).

### **Non-respect de l'alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Programme de prévention et de contrôle des infections

Paragraphe 102 (2) Le titulaire de permis met en œuvre ce qui suit :

b) les normes ou protocoles que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 102 (2).

### **L'inspectrice ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de conformité [alinéa 155 (1) c) de la LRSLD (2021)] :**

A) Donner aux PSSP 112, 113, 118 et 119 qui travaillent dans une aire déterminée du foyer une formation sur les exigences en matière d'hygiène des mains pour les personnes résidentes et le personnel pendant le service des repas, y compris les exigences pour que le personnel offre un soutien aux personnes résidentes pour pratiquer l'hygiène des mains avant les repas, conformément aux pratiques exemplaires fondées sur des données probantes.

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District d'Ottawa**

347, rue Preston, bureau 410  
Ottawa, ON K1S 3J4  
Téléphone : 877 779-5559

B) Effectuer des vérifications hebdomadaires de l'hygiène des mains pendant le service des repas, en alternant les repas (p. ex., petit déjeuner, déjeuner et dîner). Les vérifications doivent être effectuées jusqu'à ce que l'on prouve que l'on se conforme constamment au programme de prévention et de contrôle des infections en matière d'hygiène des mains.

C) Prendre des mesures correctrices pour remédier au non-respect du personnel concernant l'hygiène des mains qui a été constaté lors des vérifications.

D) Conserver des dossiers écrits des points A, B et C comportant la date à laquelle la formation a été donnée et par qui, jusqu'à ce que le ministère des Soins de longue durée estime que le titulaire de permis s'est conformé au présent ordre.

**Motifs :**

Le titulaire de permis a omis de veiller à mettre en œuvre la Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) que délivre le directeur à l'égard des mesures de prévention et de contrôle des infections pour l'hygiène des mains.

Le foyer a omis de veiller à ce que les personnes résidentes reçoivent du soutien pour pratiquer l'hygiène des mains avant de recevoir un repas, dans le cadre du programme de PCI, et à ce que le personnel suive le programme pendant le service des repas conformément à la *Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée – septembre 2023* (Norme de PCI).

En particulier, les personnes résidentes n'ont pas reçu de soutien du personnel pour pratiquer l'hygiène des mains dans la salle à manger du deuxième étage d'une certaine unité accessible aux personnes résidentes avant un déjeuner, comme le stipule l'exigence 10.4 h) du programme d'hygiène des mains aux termes de la Norme de PCI.

**Justification et résumé :**

À une date déterminée d'avril 2024, l'inspectrice 000721 a observé plusieurs PSSP qui amenaient des personnes résidentes dans une certaine salle à manger entre un moment donné pour un repas précis de personnes résidentes et la fin du repas. Après que la majorité des personnes résidentes s'étaient assises, une PSSP est entrée dans la salle à manger pour les aider à manger.

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District d'Ottawa**

347, rue Preston, bureau 410  
Ottawa, ON K1S 3J4  
Téléphone : 877 779-5559

Pendant ce temps-là, l'inspectrice a été en mesure d'observer l'entrée dans la salle à manger de toutes les personnes résidentes qui venaient d'une aire déterminée du foyer. Aucune personne résidente n'a été invitée par le personnel à pratiquer l'hygiène des mains ni a reçu de l'aide pour le faire en entrant dans la salle à manger et une fois assise, ni avant de commencer à manger son repas. L'inspectrice a observé la fin du repas à un moment donné, et lorsqu'on sortait les personnes résidentes de la salle à manger on ne les a pas invitées à pratiquer l'hygiène des mains ou elles n'ont pas reçu de l'aide pour le faire avant de partir.

Lors d'un entretien à une date déterminée d'avril 2024, deux PSSP ont confirmé qu'elles n'aidaient pas les personnes résidentes à pratiquer l'hygiène des mains avant les repas, et elles ont déclaré qu'elles le faisaient seulement pendant les flambées épidémiques.

Lors d'un entretien à une date déterminée d'avril 2024, la ou le responsable 103 de la PCI a confirmé que le personnel doit aider les personnes résidentes à pratiquer l'hygiène des mains avant et après tout service des repas.

Ne pas veiller à ce que les personnes résidentes soient assistées pour pratiquer l'hygiène des mains avant les repas augmente le risque de transmission des maladies aux personnes résidentes.

**Sources :** Observations de l'inspectrice, entretiens avec des PSSP, avec la ou le responsable 103 de la PCI, et d'autres membres du personnel.

[000721]

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 3 juin 2024.**

**Ministry of Long-Term Care**

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

**Ottawa District**

347 Preston Street, Suite 410  
Ottawa, ON, K1S 3J4  
Telephone: (877) 779-5559

**RENSEIGNEMENTS SUR LA RÉVISION/L'APPEL**

**PRENDRE ACTE** Le titulaire de permis a le droit de demander une révision par le directeur du ou des présents ordres et/ou du présent avis de pénalité administrative (APA) conformément à l'article 169 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (la Loi). Le titulaire de permis peut demander au directeur de suspendre le ou les présents ordres en attendant la révision. Si un titulaire de licence demande la révision d'un APA, l'obligation de payer est suspendue jusqu'à la décision de la révision.

Remarque : En vertu de la Loi, les frais de réinspection ne peuvent faire l'objet d'une révision par le directeur ou d'un appel auprès de la Commission d'appel et de révision des services de santé (CARSS). La demande de révision par le directeur doit être présentée par écrit et signifiée au directeur dans les 28 jours suivant la date de signification de l'ordre ou de l'APA au titulaire de permis.

La demande écrite de révision doit comprendre :

- a) les parties de l'ordre ou de l'APA pour lesquelles la révision est demandée;
- b) toute observation que le titulaire de permis souhaite que le directeur prenne en considération;
- c) une adresse de signification pour le titulaire de permis.

La demande écrite de révision doit être signifiée en mains propres, par courrier recommandé, par courriel ou par service de messagerie commerciale à la personne indiquée ci-dessous.

**Directeur**

a/s du coordonnateur des appels  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée  
Ministère des Soins de longue durée  
438, avenue University, 8<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario) M7A 1N3  
Courriel : [MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca](mailto:MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca)

**Ministry of Long-Term Care**

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

**Ottawa District**

347 Preston Street, Suite 410  
Ottawa, ON, K1S 3J4  
Telephone: (877) 779-5559

Si la signification se fait :

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

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

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

- a) un ordre donné par le directeur en vertu des articles 155 à 159 de la Loi;
- b) un APA délivré par le directeur en vertu de l'article 158 de la Loi;
- c) la décision de révision du directeur, rendue en vertu de l'article 169 de la Loi, concernant l'ordre de conformité (art. 155) ou l'APA (art. 158) d'un inspecteur.

La CARSS est un tribunal indépendant qui n'a aucun lien avec le Ministère. Elle est établie par la législation pour examiner les questions relatives aux services de soins de santé. Si le titulaire de permis décide d'interjeter appel, il doit remettre un avis d'appel écrit dans les 28 jours suivant la date à laquelle il a reçu une copie de l'ordre, de l'APA ou de la décision du directeur qui fait l'objet de l'appel. L'avis d'appel doit être remis à la fois à la CARSS et au directeur.

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

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



**Inspection Report Under the  
Fixing Long-Term Care Act, 2021**

**Ministry of Long-Term Care**

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

**Ottawa District**

347 Preston Street, Suite 410  
Ottawa, ON, K1S 3J4  
Telephone: (877) 779-5559

**Directeur**

a/s du coordonnateur des appels  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée  
Ministère des Soins de longue durée  
438, avenue University, 8<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario) M7A 1N3  
Courriel : [MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca](mailto:MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca)

Dès réception, la CARSS accusera réception de votre avis d'appel et vous fournira des instructions concernant la procédure d'appel et d'audience. Le titulaire de permis peut en savoir plus sur la CARSS en consultant le site Web [www.hsarb.on.ca](http://www.hsarb.on.ca)