



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

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

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

**Rapport d'inspection prévue le  
Loi de 2007 les foyers de soins  
de longue durée**

**Long-Term Care Homes Division  
Long-Term Care Inspections Branch  
Division des foyers de soins de  
longue durée  
Inspection de soins de longue durée**

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

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

## **Amended Public Copy/Copie modifiée destinée au public**

<b>Report Date(s)/ Date(s) du Rapport</b>	<b>Inspection No/ No de l'inspection</b>	<b>Log # / Registre no</b>	<b>Type of Inspection / Genre d'inspection</b>
14 nov. 2016;	2016_346133_0031 (A1)	023484-15	Suivi

### **Licensee/Titulaire de permis**

CVH (No.4) GP Inc. en tant que partenaire général de CVH (n° 4) LP  
766 Hespeler Road, Suite 301 c/o Southbridge Care Homes Inc. CAMBRIDGE ON N3H  
5L8

### **Long-Term Care Home/Foyer de soins de longue durée**

MANOIR MAROCHEL  
949 MONTREAL ROAD OTTAWA ON K1K 0S6

### **Name of Inspector(s)/Nom de l'inspecteur ou des inspecteurs**

JESSICA LAPENSEE (133) - (A1)

## **Amended Inspection Summary/Résumé de l'inspection modifié**



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

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

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

**Rapport d'inspection prévue le  
Loi de 2007 les foyers de soins  
de longue durée**

**Cette inspection a été menée dans le cadre d'une inspection de suivi.**

**Cette inspection s'est tenue aux dates suivantes : les 29, 30, 31 août - 2016 (sur place)**

**Cette inspection de suivi était liée à un ordre de conformité concernant l'entretien du foyer.**

**Au cours de l'inspection, l'inspectrice s'est entretenue avec le surveillant de l'entretien, le directeur des soins, le chef de bureau, le personnel chargé de l'entretien, du personnel infirmier agréé et non agréé, un consultant en soins de longue durée d'Extendicare Assist et le directeur régional d'Extendicare Assist affecté au foyer.**

**L'inspectrice a examiné les chambres à coucher des résidents et les espaces communs du foyer.**

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

**Services d'hébergement – entretien; foyer sûr et sécuritaire.**

**Une ou plusieurs non-conformités ont été constatées au cours de cette inspection.**

**3 AE  
1 PRV  
1 OC  
1 RD  
0 OTA**



**NON-COMPLIANCE / NON - RESPECT DES EXIGENCES**

Legend	Legendé
WN - Written Notification VPC - Voluntary Plan of Correction DR - Director Referral CO - Compliance Order WAO - Work and Activity Order	WN - Avis écrit VPC - Plan de redressement volontaire DR - Aiguillage au directeur CO - Ordre de conformité WAO - Ordres : travaux et activités
Non-compliance with requirements under the Long-Term Care Homes Act, 2007 (LTCHA) was found. (A requirement under the LTCHA includes the requirements contained in the items listed in the definition of "requirement under this Act" in subsection 2(l) of the LTCHA.)	Le non-respect des exigences de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée (LFSLD) a été constaté. (Une exigence de la loi comprend les exigences qui font partie des éléments énumérés dans la définition de « exigence prévue par la présente loi », au paragraphe 2(1) de la LFSLD.
The following constitutes written notification of non-compliance under paragraph 1 of section 152 of the LTCHA.	Ce qui suit constitue un avis écrit de non-respect aux termes du paragraphe 1 de l'article 152 de la 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, art. 15**

**(Services d'hébergement).**

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

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

- (a) le foyer, l'ameublement et le matériel sont toujours propres et sanitaires; 2007, chap. 8, par. 15 (2).**
- (b) le linge de maison et les vêtements de chaque résident sont recueillis, triés, nettoyés et livrés; 2007, chap. 8, par. 15 (2).**
- (c) le foyer, l'ameublement et le matériel sont entretenus de sorte qu'ils soient sûrs et en bon état. 2007, chap. 8, par. 15 (2)**



## Constatations :

1. Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la LFSLD, L.O. 2007, chap. 8, par. 15 dans la mesure où il n'a pas veillé à ce que le foyer, l'ameublement et le matériel soient entretenus de sorte qu'ils soient sûrs et en bon état.

Le titulaire de permis a des antécédents de non-respect des exigences dans ce domaine. À la suite de l'inspection de la qualité des services aux résidents n° 2014\_198117\_0032, menée en décembre 2014, un plan de redressement volontaire a été délivré et un ordre de conformité (OC) a été signifié au titulaire de permis. À la suite d'une autre inspection n° 2015\_346133\_0005, réalisée en février 2015, un ordre de conformité (OC n° 001) a été signifié au titulaire de permis assorti d'une date de conformité fixée au 20 juillet 2015. À la suite d'une inspection de suivi n° 2015\_346133\_0029, menée en août 2015, un ordre de conformité (OC n° 001) a été signifié au titulaire de permis assorti d'une date de conformité fixée au 22 août 2016. Des avis écrits ont été délivrés pour étayer l'Ordre de conformité (OC) dont la date de conformité était fixée au 22 août 2016, délivré à la suite de l'inspection de suivi n° 2015\_346133\_0040 (AE n° 1) d'octobre 2015, l'inspection de la qualité des services aux résidents n° 2015\_286547\_0025 (AE n° 15) de décembre 2015 et l'inspection de suivi n° 2016\_346133\_0027 (AE n° 2) de juillet 2016.

L'ancien administrateur du foyer, qui a également été désigné responsable du programme d'entretien, a quitté le foyer début août 2016. Le foyer était sous la supervision d'un administrateur par intérim, joignable par téléphone et courriel, au moment de l'inspection. Le préposé à l'entretien, S103, a commencé à travailler au foyer début mai 2016. Il s'est vu attribuer, à titre permanent, le poste de surveillant de l'entretien le 30 août 2016, pendant l'inspection. À ce titre, il est le responsable désigné du programme de services d'entretien, conformément au Règl. de l'Ont. 79/10, par. 92. Dans le présent rapport, il est désigné sous le terme de « surveillant de l'entretien » (SE).

Le 31 août 2016, concernant l'exigence indiquée dans l'OC selon laquelle un programme de vérification régulière doit être mis en œuvre pour assurer le respect continu des marches à suivre écrites du foyer en matière d'entretien de l'établissement, le SE a déclaré ne pas être au courant de l'existence d'un tel programme. Bien qu'au courant de certaines des mesures correctives prises en réponse à l'OC, le SE ne connaissait pas tous les détails nécessaires pour examiner l'OC et en discuter avec l'inspectrice. Un rapport d'étape remis par l'ancien administrateur le 10 décembre 2015, en réponse à l'OC, stipulait qu'une « surveillance permanente est en place, de même qu'un programme de vérification régulière par l'entremise du responsable désigné ». L'inspectrice n'a pu recueillir plus de renseignements à ce sujet au cours de l'inspection.



Le SE a expliqué avoir été récemment informé, par le directeur régional d'Extendicare Assist affecté au foyer, S106, de la disponibilité au foyer de manuels des marches à suivre conformément au programme d'entretien, et qu'il pouvait les consulter. Il a expliqué en avoir consulté quelques-uns, pendant l'inspection, et était au courant de la nécessité de mettre en œuvre un programme d'entretien préventif. Il a expliqué ne suivre aucun des manuels et qu'il essayait seulement de trouver du temps pour pallier les problèmes d'entretien immédiats au jour le jour, en raison d'une charge importante de travail. Ainsi, il n'a pas eu le temps de noter quoi que ce soit, même s'il savait que cela était nécessaire pour documenter les mesures prises. Le SE a indiqué être au courant de quelques-uns des problèmes récurrents au foyer, comme les sols, les fenêtres, les portes (voir l'AE n° 3 de ce rapport d'inspection) et le toit. En ce qui concerne le toit, des fuites avaient été constatées dans certaines chambres du foyer début août 2016. Des mesures correctives définitives étaient prises par l'entreprise de toiture pendant l'inspection.

Le 30 août 2016, le directeur régional d'Extendicare Assist affecté au foyer, S106, a informé l'inspectrice, par courrier électronique, de la mise en place d'un nouveau plan directeur pour le nouveau SE.

Les observations suivantes ont été faites par l'inspectrice au cours de l'inspection de suivi, du 29 au 31 août 2016. Une non-conformité généralisée a été observée, plus particulièrement concernant les fenêtres et les sols.

Fenêtres des chambres des résidents :

Chambre 116 – La fenêtre du résident 003 était en mauvais état. Il y avait une très importante accumulation de condensation entre les vitres de la fenêtre ouvrante. Le joint de la fenêtre supérieure pendait en morceaux entre les vitres. Le joint abîmé laissait des traînées de rouille entre les vitres, au bas de la fenêtre, et il y avait une accumulation de rouille le long de la partie inférieure des vitres.

Chambre 110 – La fenêtre était en mauvais état. Il y avait une importante accumulation de condensation entre les vitres de la fenêtre ouvrante. Il y avait une épaisse accumulation de rouille entre les vitres au bas de la fenêtre et le joint intérieur autour des vitres était craquelé et rouillé.

Chambre 131 – Dans l'espace du lit du côté gauche de la chambre, la fenêtre était en mauvais état. Il y avait une accumulation de condensation entre les vitres de la fenêtre ouvrante. Le joint intérieur s'était désagrégé et les morceaux s'étaient accumulés sur la partie supérieure des vitres et au bas de la fenêtre.

Dans l'espace du lit du côté droit de la chambre, la fenêtre était en mauvais état. Il y



avait une accumulation de condensation entre les vitres de la fenêtre ouvrante. Il y avait des traînées de rouille au bas des vitres. Il y avait une accumulation de rouille et de morceaux de joint désagrégé au bas des vitres.

Chambre 141 – La fenêtre était en mauvais état. Il y avait une accumulation de condensation entre les vitres de la fenêtre ouvrante. Le joint intérieur s'était désagrégé et les morceaux s'étaient accumulés entre les vitres. Il y avait une accumulation de rouille et de morceaux de joint désagrégé au bas des vitres.

Remarque : La fenêtre du résident 003, dans la chambre 116, a été ciblée de façon particulière dans l'Ordre de conformité délivré à la suite de l'inspection de suivi n° 2015\_346133\_0029, menée en août 2015. Le titulaire de permis a été tenu de mettre en œuvre un plan de réparation ou de remplacement de toutes les fenêtres en mauvais état dans les chambres à coucher concernées, à mettre en œuvre au plus tard le 22 août 2016. Le 12 juillet 2016, un rapport d'étape a été présenté par l'ancien administrateur, indiquant que 42 petites fenêtres et 10 grandes fenêtres avaient été remplacées. Le SE n'a pas été en mesure d'expliquer comment l'ancien administrateur avait décidé quelles fenêtres devaient être remplacées. Le SE a déclaré qu'il restait 10 fenêtres supplémentaires devant être remplacées.

Sols des salles de bain des résidents :

Chambre 130 – Dans la salle de bain, le revêtement de sol en vinyle avait rétréci et il y avait une perte d'adhésion entre le revêtement et la dalle en béton. La partie abîmée se trouvait derrière la toilette et le long du mur près de la toilette, entre la toilette et le mur. Le bord du revêtement de sol s'était retiré de la plinthe, ce qui créait un espace d'environ un demi-pouce. Une accumulation de saleté et de débris a été observée dans cet espace. Le revêtement de sol était décollé sur toute la partie abîmée.

Chambre 106 – Dans la salle de bain, le revêtement de sol en vinyle avait rétréci et il y avait une perte d'adhésion entre le revêtement et la dalle en béton. La partie abîmée s'étendait sur toute la longueur du mur du côté du lavabo, sous le lavabo et le comptoir, et le long du mur à gauche de la porte. Le bord du revêtement décollé se soulevait, le long du mur à gauche de la porte d'entrée. L'espace entre le profilé de bois blanc à la base de la plinthe et le bord du revêtement mesurait entre un demi-pouce et trois quarts de pouce. Auparavant, dans un effort pour gérer ce problème récurrent, l'ancien surveillant de l'entretien avait posé un profilé de bois blanc à la base de la plinthe en vinyle, autour du périmètre de la salle de bain. Le profilé devait ainsi combler l'espace et maintenir les bords en place.

Le revêtement a reculé depuis.



Chambres 121 et 123 – Dans la salle de bain commune, sous le lavabo, devant et autour, le revêtement de sol en vinyle n'adhérait plus à la dalle en béton en dessous. Le revêtement se soulevait sur toute la partie abîmée et il y avait un petit espace entre le revêtement et la plinthe sous le lavabo et sur le côté du lavabo.

Remarque : Le sol de la chambre 130 a été ciblé de façon particulière dans l'Ordre de conformité délivré à la suite de l'inspection de suivi n° 2015\_346133\_0029, menée en août 2015 et ce problème généralisé a d'abord été relevé dans l'Ordre de conformité délivré à la suite de l'autre inspection n° 2015\_346133\_0005. Auparavant, l'inspectrice avait été informée du fait que ce problème récurrent était dû à l'excès d'humidité de la dalle en béton en dessous du revêtement, en raison de l'absence de sous-plancher.

Sols du couloir du côté ouest :

Sur la partie courte du couloir du côté ouest, il y avait environ 10 endroits où le revêtement de sol en vinyle n'adhérait plus à la dalle en béton en dessous. Le revêtement de sol se soulevait et gondolait au milieu du couloir et présentait un risque de trébuchement potentiel. Tous les endroits où le revêtement se soulevait faisaient environ trois à quatre pouces de large et un demi-pouce de hauteur. L'endroit le plus flagrant, entre la salle de bain équipée d'une baignoire et la salle équipée d'une douche, au centre du couloir, faisait environ trois pieds de longueur. Il y avait environ quatre à cinq endroits moins importants concernés à proximité immédiate. Le revêtement se décollait à deux endroits dans le couloir, entre les chambres 125 et 131, d'environ 16 pouces de long chacun. Après les chambres 131 et 125, un autre endroit d'environ deux pieds de long était concerné. Deux autres endroits, près des chambres 127 et 129, faisaient respectivement 20 pouces et 22 pouces de long. Entre ces deux derniers endroits où le revêtement se décollait, une déchirure a été observée.

En observant cette zone le 31 août 2016, l'infirmière auxiliaire autorisée S108 a dit à l'inspectrice qu'aucun trébuchement de résident aux endroits où le revêtement était décollé ne lui avait été rapporté, mais qu'elle en mesurait le risque, et que, dans l'ensemble, cela constituait un danger pour les résidents.

À l'extérieur de la chambre 133, plus près du mur opposé, il y avait une large zone incurvée où le revêtement se décollait. Cette zone mesurait deux pieds de long et environ quatre à cinq pouces de largeur.

Entre les chambres 115/145 et 119/141, il y avait plusieurs endroits où le revêtement était décollé. Ces endroits se trouvaient le long des côtés du couloir et au centre. Ces endroits mesuraient de 4 à 23 pouces de long (entre les chambres 117 et 147). Les endroits concernés mesuraient tous environ trois pouces de large et un pouce et demi



de hauteur. Le revêtement se décollait entre les chambres 117 et 115, vers le centre du couloir. Le revêtement se décollait à plusieurs endroits entre les chambres 117 et 119, près du côté du couloir. Des endroits où le revêtement se décollait ont été observés directement devant la chambre 143 et entre les chambres 143 et 145. Un endroit où le revêtement se décollait a été observé directement à l'extérieur de la chambre 121, sur le côté gauche lorsqu'on se tient dans la chambre. Il y avait des endroits où le revêtement se décollait entre les chambres 139 et 137. Le revêtement se décollait par endroits (moins importants) le long du couloir, entre les chambres 113 et 115, sous la rampe.

Remarque : Les endroits où le revêtement se décollait sur la partie courte du couloir du côté ouest ont été ciblés de façon particulière dans l'Avis écrit (AE) n° 2, délivré à la suite à l'inspection de suivi n° 2016\_346133\_0027, menée en juillet 2016. L'AE a été délivré pour étayer l'Ordre de conformité n° 001, associé à l'inspection de suivi n° 2015\_346133\_0029, menée en août 2015, qui décrivait également les endroits du couloir où le revêtement se décollait dans la zone des chambres 119, 145 et 115. Il est noté que le revêtement qui se décollait aux endroits situés directement devant ces trois chambres a été remplacé. Auparavant, l'inspectrice avait été informée du fait que ce problème récurrent était dû à l'excès d'humidité de la dalle en béton en dessous du revêtement, en raison de l'absence de sous-plancher.

Le surveillant de l'entretien a informé l'inspectrice qu'à la suite de l'inspection de juillet 2016, l'ancien administrateur lui avait dit qu'il pouvait découper les endroits concernés sur la partie courte du couloir du côté ouest pour essayer de les aplatir. Il a indiqué qu'une déchirure se trouvait entre les deux endroits les plus près des chambres 127 et 129, mais que cela n'avait pas empêché le revêtement de se soulever de part et d'autre de la déchirure. Selon lui, découper ces endroits n'était pas la meilleure solution.

#### Luminaires :

Chambre 112 – L'un des deux tubes fluorescents de l'appareil d'éclairage fixé au plafond à l'entrée immédiate de la chambre avait grillé et l'autre était très blafard.

Chambre 122 – La lentille des deux lumières sur le mur au-dessus de la porte de la chambre, reliée au système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel, était manquante. Cette lentille accentue les lumières, permettant au personnel de voir plus efficacement d'où vient l'appel.

Chambre 102 – La lumière du tube fluorescent inférieur de l'appareil d'éclairage fixé au-dessus du lit sautillait et était très blafarde.





Chambre 127 – La lentille de l'appareil d'éclairage à tube fluorescent fixé au plafond de la salle de bain était manquante.

Chambre 125 – La lentille de l'appareil d'éclairage à tube fluorescent fixé au plafond à l'entrée immédiate de la chambre était manquante.

Chambre 133 – Le tube fluorescent supérieur de l'appareil d'éclairage fixé au-dessus du lit du résident 006 ne fonctionnait pas.

Luminaires du couloir – Les tubes fluorescents des appareils d'éclairage fixés à l'extérieur des chambres 151 et 109 étaient très blafards.

Chambre 101 – La lentille de l'appareil d'éclairage à tube fluorescent fixé au plafond à l'entrée immédiate de la chambre était manquante.

Luminaires du couloir – Entre les chambres 134/132 et 106/108, l'un des tubes fluorescents de l'appareil d'éclairage fixé au plafond avait grillé et l'autre était extrêmement blafard.

Chambre 135 – La chaînette métallique à perles de l'appareil d'éclairage au-dessus du lit du résident 008 était très courte, avec seulement quatre perles restantes environ. L'inspectrice a réussi à allumer la lumière en tirant de manière répétée sur la chaînette raccourcie, mais n'a pas réussi à l'éteindre.

Autre :

Chambre 114 – Il n'y avait pas de moustiquaire à la fenêtre.

Chambre 128 – Le mur à gauche de la porte de la salle de bain présentait des entailles profondes à plusieurs endroits. La partie basse extérieure de la porte de la salle de bain présentait des rayures et des éraflures importantes. La peinture du cadre extérieur de la porte de la salle de bain, sur la gauche, était très écaillée et le métal était à nu.

La cloison entre les deux espaces de lit était endommagée ; la partie basse du mur était fendillée et effritée.

Chambre 131 – Le bas du mur à droite de la table de chevet du résident 005 était en mauvais état. Il y avait de grosses marques de frottement sur la surface du mur, au-dessus de la plinthe, et celle-ci avait été forcée vers l'intérieur. Il y avait un espace entre le carrelage et la plinthe avec une accumulation de débris. Au-dessus, au milieu du mur, il y avait une longue éraflure droite.



La porte du placard du résident était en mauvais état. Il y avait des trous et des échardes sur la partie basse de la porte extérieure du placard.

Remarque : La porte du placard du résident 005 a été ciblée de façon particulière dans l'Ordre de conformité (OC) délivré à la suite de l'inspection de suivi n° 2015\_346133\_0029, menée en août 2015. Les travaux correctifs devaient être terminés avant la date de conformité fixée au 24 novembre 2015 aux termes de cet ordre. Un rapport d'étape présenté par l'ancien administrateur le 10 décembre 2015 indiquait que le surveillant de l'entretien de l'époque avait rejoint le service (à la suite d'un congé) et qu'un entretien régulier, assorti de la documentation requise, se mettait en place. Il indiquait que des travaux correctifs sur le mur allaient être entrepris par l'entremise du programme d'entretien régulier. Le rapport d'étape n'indiquait pas qu'il s'agissait précisément du placard du résident 005.

Salle de bain équipée d'une baignoire du côté sud – le couvercle du siphon d'écoulement était manquant, à droite de la baignoire.

Salle à manger du côté sud – Le mur sous les fenêtres était en mauvais état. Le mur sous la fenêtre du milieu était éraflé sur toute sa longueur et la peinture était écaillée autour. La peinture sous la fenêtre de gauche était écaillée et le mur était éraflé. Le mur sous la fenêtre de droite présentait une longue éraflure noire. La partie basse de la porte intérieure de la salle à manger était très éraflée et le cadre sur la droite était tellement éraflé que le métal était à nu. Le bas du mur, sur le côté droit, à l'entrée de la salle à manger, présentait des entailles et des éraflures.

Chambre 108 – Le porte-serviette près du lavabo, dans la salle de bain, était manquant.

Le support droit du porte-serviette était en place, fixé au mur, tandis que le support gauche était manquant.

Chambre 110 – Le ventilateur de la salle de bain était très bruyant et faisait un bruit de cliquetis strident.

Remarque : Il a été déterminé dans le passé (lors de l'inspection n° 2015\_346133\_0005, OC n° 001 et n° 2015\_346133\_0029, OC n° 001) que les ventilateurs d'extraction étaient très bruyants dans certaines salles de bain réservées aux résidents en raison de l'âge de ces ventilateurs et de l'usure de leurs pales. Quand un vieux ventilateur est remplacé par un nouveau, la ventilation est presque silencieuse. Il y a des fois où le ventilateur de la salle de bain se met en marche seulement quand on allume la lumière et d'autres heures précises de la journée et de la nuit où le ventilateur se met automatiquement en marche. Il a été déterminé dans le passé que lorsque le ventilateur se met en marche automatiquement et que la porte de



la salle de bain est ouverte, le ventilateur en place, s'il est vieux et bruyant, peut déranger les résidents qui se reposent. Un rapport d'étape présenté par l'ancien administrateur le 10 décembre 2015 indiquait que trois ventilateurs bruyants avaient été remplacés et que d'autres ventilateurs allaient l'être, ainsi qu'il a été exigé.

Le surveillant de l'entretien du foyer actuel a indiqué ne pas être au courant d'un quelconque programme de remplacement des ventilateurs.

Chambre A – Le 30 août 2016, il a été observé que le couvercle du réservoir d'eau des toilettes reposait sur le siège des toilettes et que le mécanisme de chasse d'eau ne fonctionnait pas. Le/la résident(e) 007 a dit à l'inspectrice qu'il/elle utilisait les toilettes du hall principal pour faire ses besoins et espérait que ses toilettes seraient réparées ce jour-là. Une femme de ménage, S107, a dit à l'inspectrice qu'elle avait découvert que ces toilettes étaient cassées le 29 août 2016, l'avait immédiatement signalé au surveillant de l'entretien (SE) et le lui avait rappelé ce jour-là (le 30 août 2016). Vers la fin de la journée de l'inspection, le 31 août 2016, le SE a expliqué qu'il avait trouvé dans la salle réservée à l'entretien un mécanisme de chasse d'eau de remplacement pour ces toilettes, et que celles-ci étaient à présent fonctionnelles. Le/la résident(e) 007 a dû utiliser les toilettes du hall principal pendant trois jours.

Salle à manger du côté ouest : Le mur sous la troisième fenêtre (à partir de l'entrée) était fissuré et la peinture écaillée. La zone avait été en partie colmatée. Le mur sous la première fenêtre était fissuré et présentait des marques de frottement à deux endroits au-dessus de la plinthe et était éraflé tout autour de la partie abîmée.

Le caractère étendu des non-conformités observées, le risque potentiel que présentent certaines des non-conformités pour les résidents et les antécédents du titulaire de permis de non-respect des exigences liées à l'entretien nécessitent la délivrance d'un autre Ordre de conformité (OC). Ainsi, étant donné qu'il s'agira du quatrième OC délivré au titulaire de permis en vertu de la LFSLD, L.O. 2007, par. 15 (2) c), un Renvoi de la question au directeur sera effectué. [par. 15. (2) (c)]

***Autres mesures requises :***

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

**(A1)L'ordre suivant a été modifié : OC n° 001**



***RD n° 001 – L'avis écrit ci-dessus est également renvoyé au directeur pour qu'il prenne les mesures adéquates.***

---

**AE n° 2 : Le titulaire de permis n'a pas respecté la Déclaration des droits des résidents de la LFSLD, L.O. 2007, par. 3**

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

**3. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au plein respect et à la promotion des droits suivants des résidents:**

**8. Le résident a le droit à son intimité dans le cadre de son traitement et de la satisfaction de ses besoins personnels. 2007, chap. 8, par. 3 (1).**

**Constatations :**

1. Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la LFSLD, L.O. 2007, par. 3 (1) 8. dans la mesure où il n'a pas veillé à ce que chaque résident ait le droit à son intimité dans le cadre de son traitement et de la satisfaction de ses besoins personnels.

Le 29 août 2016, aux environs de 12 h 05, en approchant de la partie courte du couloir du côté sud, l'inspectrice a entendu un(e) résident(e) crier. L'inspectrice a tourné l'angle et a observé que la porte de la salle de bain équipée d'une baignoire était ouverte d'environ un tiers. Dans la salle, l'inspectrice a observé que les cris provenaient du/de la résidente 001. Ses paroles étaient incompréhensibles. Le/la résidente se tenait sur un verticalisateur, la tête tournée vers le couloir. Le/la préposée aux services de soutien à la personne S102 se tenait derrière le/la résident(e), la tête tournée vers le couloir. La préposée aux services de soutien S101 tournait le dos au couloir et faisait fonctionner le verticalisateur, pourtant sa position ne cachait pas le/la résident(e) des regards. La chemise du/de la résident(e) avait été ramenée sur sa tête et ses bras étaient dans les manches. La chemise du/de la résident(e) n'avait pas été rabaissée sur sa poitrine et il/elle était nu(e) de la poitrine à son cou. Le/la préposé(e) S102 a vu l'inspectrice qui se tenait dans le couloir, observant la scène, et n'a fait aucun geste pour rabaisser la chemise du/de la résident(e) ni pour refermer la porte. L'inspectrice observait la scène tandis que le/la résident(e) était placé(e) dans sa chaise roulante. Une fois le/la résident(e) installé(e), la préposée S102 a abaissé la chemise du/de la résident(e) pour recouvrir sa poitrine.

La préposée S102 a dit à l'inspectrice que la porte de la salle de bain devait rester ouverte en raison de la chaleur qui y régnait.



Le/la résident(e) 001 n'a pu discuter de l'incident avec l'inspectrice en raison d'une déficience cognitive.

Cet incident a été signalé au directeur des soins cet après-midi-là et des mesures disciplinaires ont été prises. [par. 3. (1) 8.]

**Autres mesures requises :**

***PRV – Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de redressement visant à assurer le respect de l'exigence selon laquelle il doit veiller à ce que chaque résident ait le droit à son intimité dans le cadre de son traitement et de la satisfaction de ses besoins personnels. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.***

---

**AE n° 3 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, par. 9 (Portes).**

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

**9. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au plein respect et à la promotion des droits suivants des résidents :**

**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,**

**soit**

**B. 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, par. 9; Règl. de l'Ont.. 363/11, par. 1 (1, 2).

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

3. Les verrous sur les portes des chambres à coucher, des salles de bain, des toilettes ou des salles 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, par. 9; Règl. de l'Ont. 363/11, par. 1 (1, 2).

#### Constatations :

1. Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, par. 9 (1) 1 i., dans la mesure où il n'a pas veillé à ce que toutes les portes donnant sur un escalier et toutes celles donnant sur l'extérieur du foyer soient gardées fermées et verrouillées.

Cette constatation est spécifique à la porte donnant sur l'escalier menant au sous-sol.

En vertu du Règl. de l'Ont. 79/10, par. 9 (1), un ordre de conformité (OC n° 001) a été signifié au titulaire de permis le 12 juillet 2016 suite à l'inspection de suivi n° 2016\_346133\_0027. Vous devez vous conformer à cet OC d'ici le 14 novembre 2016.

Les preuves présentées ci-dessous sont destinées à étayer l'OC 001 et seront incluses dans l'inspection de suivi.

Le 30 août 2016, aux alentours de 13 h 45, l'inspectrice et le nouveau directeur des soins du foyer, S104, se sont rendus au sous-sol et ont découvert que la porte des escaliers n'était plus verrouillée. Ils ont également découvert que la porte de sortie de secours de la chapelle et la porte menant au couloir de service n'étaient plus verrouillées. Les résidents ont accès au sous-sol par l'ascenseur, qui n'est pas équipé pour restreindre l'accès des résidents au sous-sol, en raison de la chapelle. La porte des escaliers mène à un couloir. Au bout du couloir se trouve une porte de sortie non

verrouillée et sans alarme, qui mène à l'extérieur du foyer, où se trouvent un ravin et une zone boisée.

Après cette découverte, l'inspectrice s'est entretenue avec le nouveau surveillant de l'entretien du foyer (SE), S103, qui a indiqué que les portes avaient été verrouillées depuis la semaine précédente. Il a expliqué que des entrepreneurs s'étaient rendus au foyer pour discuter de l'installation d'un système de porte équipé d'une alarme, tel qu'exigé par l'OC mentionné plus haut. Il a expliqué qu'après leur examen du câblage dans le sous-sol, il a découvert que les verrous magnétiques des trois portes ne fonctionnaient plus. Le SE a expliqué qu'il ne pensait pas que ces portes non verrouillées présentaient un risque pour les résidents, car il n'y a normalement qu'un seul résident, 002, qui se rend régulièrement au sous-sol pour prier dans la chapelle. Selon lui, ce résident n'irait pas ailleurs qu'à la chapelle. Il a reconnu que l'ascenseur n'était pas équipé d'un système permettant de restreindre l'accès des résidents au sous-sol et qu'il était donc possible que d'autres résidents s'y rendent.

Il a été noté qu'au moment de l'inspection, la salle du personnel au sous-sol était en cours de réparation. Des tables étaient dressées dans le foyer du sous-sol, disponibles au personnel pendant leurs pauses. L'inspectrice s'est rendue au sous-sol à deux reprises le 30 août, et les deux fois elle a pu observer que plusieurs membres du personnel se trouvaient dans le foyer, à proximité immédiate de la porte des escaliers non verrouillée.

Le consultant en soins de longue durée d'Extendicare Assist, S105, se trouvait au foyer ce jour-là pour donner des instructions au nouveau directeur des soins. L'inspectrice, le consultant et le directeur des soins se sont rencontrés pour parler des portes du sous-sol et du risque potentiel qu'elles présentent pour les résidents. Le consultant a indiqué qu'ils allaient immédiatement demander à un(e) préposé(e) aux services de soutien à la personne de se tenir à proximité de la zone d'accès à l'ascenseur de l'étage principal, pour s'assurer qu'aucun résident n'accède au sous-sol sans surveillance. D'ici la fin de la journée de l'inspection, un(e) préposé(e) était en effet en place. De plus, comme mesure de sécurité supplémentaire, l'ascenseur avait été placé en mode service au sous-sol, le rendant inaccessible aux résidents. L'inspectrice a été informée que le/la préposé(e) garderait son poste de surveillance près de la zone d'accès à l'ascenseur de l'étage principal pendant 72 heures, pour que tout le personnel se familiarise avec le nouveau procédé, c'est-à-dire accéder à l'ascenseur au sous-sol et le renvoyer au sous-sol. Les résidents qui souhaitaient descendre devaient être accompagnés d'un membre du personnel. L'inspectrice a observé que ce processus était en place le 31 août 2016 pendant la suite de l'inspection de suivi. [par. 9. (1)]

2. Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, par. 9 (1) 2,



dans la mesure où il n'a pas veillé à ce que 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.

En vertu du Règl. de l'Ont. 79/10, par. 9 (1), un ordre de conformité (OC n° 001) a été signifié au titulaire de permis le 12 juillet 2016 suite à l'inspection de suivi n° 2016\_346133\_0027. Vous devez vous conformer à cet OC d'ici le 14 novembre 2016.

Les preuves présentées ci-dessous sont destinées à étayer l'OC 001 et seront incluses dans l'inspection de suivi.

Le 30 août 2016, aux alentours de 13 h 45, l'inspectrice et le nouveau directeur des soins du foyer, S104, se sont rendus au sous-sol et ont découvert que la porte de secours de la chapelle et la porte menant au couloir de service n'étaient plus verrouillées. Ils ont également découvert que la porte des escaliers n'était plus verrouillée. La porte de sortie de secours de la chapelle mène à un couloir, qui est une aire non résidentielle. Juste en face de la porte de la chapelle, dans le couloir, une porte non verrouillée et sans alarme mène à l'extérieur du foyer, où se trouvent un ravin et une zone boisée. La porte du couloir de service mène à une zone de service vaste, qui est une aire non résidentielle. Aux environs de 14 h 15, l'inspectrice a observé les choses suivantes dans le couloir de service : la laverie, qui n'était ni fermée ni surveillée; la salle réservée à l'entretien, qui n'était ni fermée ni surveillée; une porte non verrouillée menant au garage dans lequel se trouvaient deux portes ni verrouillées ni équipées d'une alarme ouvrant sur l'extérieur; et au coin du couloir principal, une autre porte ni verrouillée ni équipée d'une alarme ouvrant sur l'extérieur du foyer, sur la zone des poubelles et des bacs de recyclage devant le garage.

Les résidents ont accès au sous-sol par l'ascenseur, qui n'est pas équipé pour restreindre l'accès des résidents au sous-sol, en raison de la chapelle. L'une des portes de la chapelle n'est jamais verrouillée pour que les résidents puissent y accéder en tout temps.

Après cette découverte, l'inspectrice s'est entretenue avec le nouveau surveillant de l'entretien du foyer, S103, qui a indiqué que les portes avaient été verrouillées depuis la semaine précédente. Il a expliqué que des entrepreneurs s'étaient rendus au foyer pour discuter de l'installation d'un système de porte équipé d'une alarme. Il a expliqué qu'après leur examen du câblage dans le sous-sol, il a découvert que les verrous magnétiques des trois portes ne fonctionnaient plus. Le SE a expliqué qu'il ne pensait pas que ces portes non verrouillées présentaient un risque pour les résidents, car il n'y a normalement qu'un seul résident, 002, qui se rend régulièrement au sous-sol pour





prier dans la chapelle. Selon lui, ce résident n'irait pas ailleurs qu'à la chapelle. Il a reconnu que l'ascenseur n'était pas équipé d'un système permettant de restreindre l'accès des résidents au sous-sol et qu'il était donc possible que d'autres résidents s'y rendent.

Le consultant en soins de longue durée d'Extendicare Assist, S105, se trouvait au foyer ce jour-là pour donner des instructions au nouveau directeur des soins. L'inspectrice, le consultant et le directeur des soins se sont rencontrés pour parler des portes du sous-sol et du risque potentiel qu'elles présentent pour les résidents. Le consultant a indiqué qu'ils allaient immédiatement demander à un(e) préposé(e) aux services de soutien à la personne de se tenir à proximité de la zone d'accès à l'ascenseur de l'étage principal, pour s'assurer qu'aucun résident n'accède au sous-sol sans surveillance. D'ici la fin de la journée de l'inspection, un(e) préposé(e) était en effet en place. De plus, comme mesure de sécurité supplémentaire, l'ascenseur avait été placé en mode service au sous-sol, le rendant inaccessible aux résidents. L'inspectrice a été informée que le/la préposé(e) garderait son poste de surveillance près de la zone d'accès à l'ascenseur de l'étage principal pendant 72 heures, pour que tout le personnel se familiarise avec le nouveau procédé, c'est-à-dire accéder à l'ascenseur au sous-sol et le renvoyer au sous-sol. Les résidents qui souhaitaient descendre devaient être accompagnés d'un membre du personnel. L'inspectrice a observé que ce processus était en place le 31 août 2016 pendant la suite de l'inspection de suivi. [par. 9. (1)]

**Délivré ce 14e jour de novembre 2016 (A1)**

**Signature of Inspector(s)/Signature de l'inspecteur ou des inspecteurs**

**Original du rapport signé par l'inspecteur**



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

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

**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

**Amended Public Copy/ Copie modifiée destinée au public**

---

**Name of Inspector (ID #) /  
Nom de l'inspecteur (No) :** JESSICA LAPENSEE (133) - (A1)

**Inspection No. /  
No de l'inspection :** 2016\_346133\_0031 (A1)

**Appeal/Dir# /  
Appel/Dir#:**

**Log No. /  
Registre no. :** 023484-15 (A1)

**Type of Inspection /  
Genre d'inspection:** Suivi

**Report Date(s) /  
Date(s) du Rapport :** 14 nov. 2016;(A1)

**Licensee /  
Titulaire de permis :** CVH (No.4) GP Inc. en tant que partenaire  
général de CVH (n° 4) LP  
766 Hespeler Road, Suite 301, c/o Southbridge  
Care  
Homes Inc., CAMBRIDGE, ON, N3H-5L8

**LTC Home /  
Foyer de SLD :** MANOIR MAROCHEL  
949 MONTREAL ROAD OTTAWA ON K1K 0S6

**Name of Administrator /  
Nom de l'administratrice  
ou de l'administrateur :** Sharon Gilmour

À l'attention de CVH (No. 4) GP Inc. en tant que partenaire général de CVH (no 4) LP,  
vous devez, par la présente, vous conformer à l'ordre suivant au plus tard à la date  
indiquée :



**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

---

<b>Order # / Ordre no :</b> 001	<b>Order Type / Genre d'ordre :</b>	Ordres de conformité, par. 153. (1) (a)
<b>Linked to Existing Order / Lien vers ordre existant:</b>		2015_346133_0029, OC n° 001;

**Pursuant to / Aux termes de :**

LFSLD, L.O. 2007, par. 15. (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

- (a) le foyer, l'ameublement et le matériel sont toujours propres et sanitaires;
- (b) le linge de maison et les vêtements de chaque résident sont recueillis, triés, nettoyés et livrés;
- (c) le foyer, l'ameublement et le matériel sont entretenus de sorte qu'ils soient sûrs et en bon état. 2007, chap. 8, par. 15 (2).

**Order / Ordre:**

Pour assurer la conformité à la LFSLD, L.O. 2007, chap. 8, par. 15 (2) c), le titulaire de permis est tenu de préparer, de présenter et de mettre en œuvre un plan qui prévoit ce qui suit :

- a) Une vérification complète de toutes les chambres à coucher des résidents et des espaces communs, y compris l'ensemble des surfaces (murs, sols), appareils fixés (luminaires, lavabos, toilettes, fenêtres), équipements (corde d'activation du système d'appel) et meubles.
- b) La correction de tous les points décrits dans la vérification complète du foyer par le titulaire de permis et de tous les domaines préoccupants dans l'établissement dont il sera fait mention dans l'ordre, y compris, mais sans s'y limiter : les fenêtres, les sols des salles de bain réservées aux résidents, les sols du couloir et les luminaires. Les mesures correctives doivent être documentées.
- c) Un processus permanent à mettre en œuvre pour assurer que les besoins 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

en matière d'entretien correctif soient définis, documentés et pris en compte au moment opportun. Les mesures correctives doivent être documentées.

d) Un processus écrit pour suivre les problèmes récurrents signalés et y remédier, comme le revêtement qui n'adhère pas au sous-plancher dans les couloirs et les salles de bain, ainsi que les ventilateurs bruyants. En tant que composants du système de chauffage, de ventilation et de climatisation, les ventilateurs individuels du foyer doivent être nettoyés, entretenus et inspectés conformément au Règl. de l'Ont. 79/10, par. 90 (2) (c).

e) Un programme complet de surveillance et soutien pour le nouveau surveillant de l'entretien, qui veillera au respect des marches à suivre écrites du foyer en matière d'entretien de l'établissement, y compris toute la documentation requise, et veillera à la conformité à la LFSLD, L.O. 2007, chap. 8, par. 15 (2) et par. 15 (2) (c), et au Règl. de l'Ont. 79/10, par. 90.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 14 novembre 2016.

Le plan de conformité doit être présenté au plus tard le 12 octobre 2016. Le plan peut être transmis à l'attention de l'inspectrice 133 par courriel à : [OttawaSAO.MOH@ontario.ca](mailto:OttawaSAO.MOH@ontario.ca). Le plan de conformité peut être transmis à l'attention de l'inspectrice par télécopieur au (613) 569-9670 ou par la poste au 347 Preston Street, Suite 420, 4th floor, Ottawa, Ontario, K1S 3J4.

**Grounds / Motifs :**

1. Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la LFSLD, L.O. 2007, chap. 8, par. 15 dans la mesure où il n'a pas veillé à ce que le foyer, l'ameublement et le matériel soient entretenus de sorte qu'ils soient sûrs et en bon état.

Le titulaire de permis a des antécédents de non-respect des exigences dans ce domaine. À la suite de l'inspection de la qualité des services aux résidents n° 2014\_198117\_0032, menée en décembre 2014, un plan de redressement volontaire a été délivré et un ordre de conformité (OC) a été signifié au titulaire de permis. À la suite d'une autre inspection n° 2015\_346133\_0005, réalisée en février 2015, un ordre de conformité (OC n° 001) a été signifié au titulaire de permis assorti d'une date de conformité fixée au 20 juillet 2015. À la suite d'une inspection de suivi n° 2015\_346133\_0029, menée en août 2015, un ordre de conformité (OC n° 001) a été signifié au titulaire de permis assorti d'une date de conformité fixée au 22 août 2016. Des avis écrits ont été délivrés pour étayer l'Ordre de conformité (OC) dont la date de



**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

conformité était fixée au 22 août 2016, délivré à la suite de l'inspection de suivi n° 2015\_346133\_0040 (AE n° 1) d'octobre 2015, l'inspection de la qualité des services aux résidents n° 2015\_286547\_0025 (AE n° 15) de décembre 2015 et l'inspection de suivi n° 2016\_346133\_0027 (AE n° 2) de juillet 2016.

L'ancien administrateur du foyer, qui a également été désigné responsable du programme d'entretien, a quitté le foyer début août 2016. Le foyer était sous la supervision d'un administrateur par intérim, joignable par téléphone et courriel, au moment de l'inspection. Le préposé à l'entretien, S103, a commencé à travailler au foyer début mai 2016. Il s'est vu attribuer, à titre permanent, le poste de surveillant de l'entretien le 30 août 2016, pendant l'inspection. À ce titre, il est le responsable désigné du programme de services d'entretien, conformément au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 92. Dans le présent rapport, il est désigné sous le terme de « surveillant de l'entretien » (SE).

Le 31 août 2016, concernant l'exigence indiquée dans l'OC selon laquelle un programme de vérification régulière doit être mis en œuvre pour assurer le respect continu des marches à suivre écrites du foyer en matière d'entretien de l'établissement, le SE a déclaré ne pas être au courant de l'existence d'un tel programme. Bien qu'au courant de certaines des mesures correctives prises en réponse à l'OC, le SE ne connaissait pas tous les détails nécessaires pour examiner l'OC et en discuter avec l'inspectrice. Un rapport d'étape remis par l'ancien administrateur le 10 décembre 2015, en réponse à l'OC, stipulait qu'une « surveillance permanente est en place, de même qu'un programme de vérification régulière par l'entremise du responsable désigné ». L'inspectrice n'a pu recueillir plus de renseignements à ce sujet au cours de l'inspection.

Le SE a expliqué avoir été récemment informé, par le directeur régional d'Extendicare Assist affecté au foyer, S106, de la disponibilité au foyer de manuels des marches à suivre conformément au programme d'entretien, et qu'il pouvait les consulter. Il a expliqué en avoir consulté quelques-uns, pendant l'inspection, et était au courant de la nécessité de mettre en œuvre un programme d'entretien préventif. Il a expliqué ne suivre aucun des manuels et qu'il essayait seulement de trouver du temps pour pallier les problèmes d'entretien immédiats au jour le jour, en raison d'une charge importante de travail. Ainsi, il n'a pas eu le temps de noter quoi que ce soit, même s'il savait que cela était nécessaire pour documenter les mesures prises. Le SE a indiqué être au courant de quelques-uns des problèmes récurrents au foyer, comme les sols, les fenêtres, les portes (voir l'Avis écrit n° 3 dans le rapport d'inspection connexe) et le toit. En ce qui concerne le toit, des fuites avaient été constatées dans certaines chambres du foyer début août 2016. Des mesures correctives définitives étaient prises par



**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

l'entreprise de toiture pendant l'inspection.

Le 30 août 2016, le directeur régional d'Extendicare Assist affecté au foyer, S106, a informé l'inspectrice, par courrier électronique, de la mise en place d'un nouveau plan directeur pour le nouveau SE.

Les observations suivantes ont été faites par l'inspectrice au cours de l'inspection de suivi, du 29 au 31 août 2016. Une non-conformité généralisée a été observée, plus particulièrement concernant les fenêtres et les sols.

Fenêtres des chambres des résidents :

Chambre 116 – La fenêtre du résident n° 003 était en mauvais état. Il y avait une très importante accumulation de condensation entre les vitres de la fenêtre ouvrante. Le joint supérieur s'était désagrégé et les morceaux s'étaient accumulés entre les vitres. Le joint abîmé laissait des traînées de rouille entre les vitres, au bas de la fenêtre, et il y avait une accumulation de rouille le long de la partie inférieure des vitres.

Chambre 110 – La fenêtre était en mauvais état. Il y avait une importante accumulation de condensation entre les vitres de la fenêtre ouvrante. Il y avait une épaisse accumulation de rouille entre les vitres au bas de la fenêtre et le joint intérieur autour des vitres était craquelé et rouillé.

Chambre 131 – Dans l'espace du lit du côté gauche de la chambre, la fenêtre était en mauvais état. Il y avait une accumulation de condensation entre les vitres de la fenêtre ouvrante. Le joint intérieur s'était désagrégé et les morceaux s'étaient accumulés sur la partie supérieure des vitres et au bas de la fenêtre.

Dans l'espace du lit du côté droit de la chambre, la fenêtre était en mauvais état. Il y avait une accumulation de condensation entre les vitres de la fenêtre ouvrante. Il y avait des traînées de rouille au bas des vitres. Il y avait une accumulation de rouille et de morceaux de joint désagrégé au bas des vitres.

Chambre 141 – La fenêtre était en mauvais état. Il y avait une accumulation de condensation entre les vitres de la fenêtre ouvrante. Le joint intérieur s'était désagrégé et les morceaux s'étaient accumulés entre les vitres. Il y avait une accumulation de rouille et de morceaux de joint désagrégé au bas des vitres.

Remarque : La fenêtre du résident 003, dans la chambre 116 a été ciblée de façon particulière dans l'Ordre de conformité délivré à la suite de l'inspection de suivi n° 2015\_346133\_0029, menée en août 2015. Le titulaire de permis est tenu de mettre



**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

en œuvre un plan de réparation ou de remplacement de toutes les fenêtres en mauvais état dans les chambres à coucher concernées, à mettre en œuvre au plus tard le 22 août 2016. Le 12 juillet 2016, un rapport d'étape a été présenté par l'ancien administrateur, indiquant que 42 petites fenêtres et 10 grandes fenêtres avaient été remplacées. Le SE n'a pas été en mesure d'expliquer comment l'ancien administrateur avait décidé quelles fenêtres devaient être remplacées. Le SE a déclaré qu'il restait 10 fenêtres supplémentaires devant être remplacées.

Sols des salles de bain des résidents :

Chambre 130 – Dans la salle de bain, le revêtement de sol en vinyle avait rétréci et il y avait une perte d'adhésion entre le revêtement et la dalle en béton. La partie abîmée se trouvait derrière la toilette et le long du mur près de la toilette, entre la toilette et le mur. Le bord du revêtement de sol s'était retiré de la plinthe, ce qui créait un espace d'environ un demi-pouce. Une accumulation de saleté et de débris a été observée dans cet espace. Le revêtement de sol était décollé sur toute la partie abîmée.

Chambre 106 – Dans la salle de bain, le revêtement de sol en vinyle avait rétréci et il y avait une perte d'adhésion entre le revêtement et la dalle en béton. La partie abîmée s'étendait sur toute la longueur du mur du côté du lavabo, sous le lavabo et le comptoir, et le long du mur à gauche de la porte. Le bord du revêtement décollé se soulevait, le long du mur à gauche de la porte d'entrée. L'espace entre le profilé de bois blanc à la base de la plinthe et le bord du revêtement mesurait entre un demi-pouce et trois quarts de pouce. Auparavant, dans un effort pour gérer ce problème récurrent, l'ancien surveillant de l'entretien avait posé un profilé de bois blanc à la base de la plinthe en vinyle, autour du périmètre de la salle de bain. Le profilé devait ainsi combler l'espace et maintenir les bords en place. Le revêtement a reculé depuis.

Chambres 121 et 123 – Dans la salle de bain commune, sous le lavabo, devant et autour, le revêtement de sol en vinyle n'adhérait plus à la dalle en béton en dessous. Le revêtement se soulevait sur toute la partie abîmée et il y avait un petit espace entre le revêtement et la plinthe sous le lavabo et sur le côté du lavabo.

Remarque : Le sol de la chambre 130 a été ciblé de façon particulière dans l'Ordre de conformité délivré à la suite de l'inspection de suivi n° 2015\_346133\_0029, menée en août 2015 et ce problème généralisé a d'abord été relevé dans l'Ordre de conformité délivré à la suite de l'autre inspection n° 2015\_346133\_0005. Auparavant, l'inspectrice avait été informée du fait que ce problème récurrent était dû à l'excès d'humidité de la dalle en béton en dessous du revêtement, en raison de l'absence de sous-plancher.



**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

Sols du couloir du côté ouest :

Sur la partie courte du couloir du côté ouest, il y avait environ 10 endroits où le revêtement de sol en vinyle n'adhérait plus à la dalle en béton en dessous. Le revêtement de sol se soulevait et gondolait au milieu du couloir et présentait un risque de trébuchement potentiel. Tous les endroits où le revêtement se soulevait faisaient environ trois à quatre pouces de large et un demi-pouce de hauteur. L'endroit le plus flagrant, entre la salle de bain équipée d'une baignoire et la salle équipée d'une douche, au centre du couloir, faisait environ trois pieds de longueur. Il y avait environ quatre à cinq endroits moins importants concernés à proximité immédiate. Le revêtement se décollait à deux endroits dans le couloir, entre les chambres 125 et 131, d'environ 16 pouces de long chacun. Après les chambres 131 et 125, un autre endroit d'environ deux pieds de long était concerné. Deux autres endroits, près des chambres 127 et 129, faisaient respectivement 20 pouces et 22 pouces de long. Entre ces deux derniers endroits où le revêtement se décollait, une déchirure a été observée.

En observant cette zone le 31 août 2016, l'infirmière auxiliaire autorisée S108 a dit à l'inspectrice qu'aucun trébuchement de résident aux endroits où le revêtement était décollé ne lui avait été rapporté, mais qu'elle en mesurait le risque, et que, dans l'ensemble, cela constituait un danger pour les résidents.

À l'extérieur de la chambre 133, plus près du mur opposé, il y avait une large zone incurvée où le revêtement se décollait. Cette zone mesurait deux pieds de long et environ quatre à cinq pouces de largeur.

Entre les chambres 115/145 et 119/141, il y avait plusieurs endroits où le revêtement était décollé. Ces endroits se trouvaient le long des côtés du couloir et au centre. Ces endroits mesuraient de 4 à 23 pouces de long (entre les chambres 117 et 147). Les endroits concernés mesuraient tous environ trois pouces de large et un pouce et demi de hauteur. Le revêtement se décollait entre les chambres 117 et 115, vers le centre du couloir. Le revêtement se décollait à plusieurs endroits entre les chambres 117 et 119, près du côté du couloir. Des endroits où le revêtement se décollait ont été observés directement devant la chambre 143 et entre les chambres 143 et 145. Un endroit où le revêtement se décollait a été observé directement à l'extérieur de la chambre 121, sur le côté gauche lorsqu'on se tient dans la chambre. Il y avait des endroits où le revêtement se décollait entre les chambres 139 et 137. Le revêtement se décollait par endroits (moins importants) le long du couloir, entre les chambres 113 et 115, sous la rampe.

Remarque : Les endroits où le revêtement se décollait sur la partie courte du couloir du





**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

côté ouest ont été ciblés de façon particulière dans l'Avis écrit (AE) n° 2, délivré à la suite à l'inspection de suivi n° 2016\_346133\_0027, menée en juillet 2016. L'AE a été délivré pour étayer l'Ordre de conformité n° 001, associé à l'inspection de suivi n° 2015\_346133\_0029, menée en août 2015, qui décrivait également les endroits du couloir où le revêtement se décollait dans la zone des chambres 119, 145 et 115. Il est noté que le revêtement qui se décollait aux endroits situés directement devant ces trois chambres a été remplacé. Auparavant, l'inspectrice avait été informée du fait que ce problème récurrent était dû à l'excès d'humidité de la dalle en béton en dessous du revêtement, en raison de l'absence de sous-plancher. Le surveillant de l'entretien a informé l'inspectrice qu'à la suite de l'inspection de juillet 2016, l'ancien administrateur lui avait dit qu'il pouvait découper les endroits concernés sur la partie courte du couloir du côté ouest pour essayer de les aplatir. Il a indiqué qu'une déchirure se trouvait entre les deux endroits les plus près des chambres 127 et 129, mais que cela n'avait pas empêché le revêtement de se soulever de part et d'autre de la déchirure. Selon lui, découper ces endroits n'était pas la meilleure solution.

**Luminaires :**

Chambre 112 – L'un des deux tubes fluorescents de l'appareil d'éclairage fixé au plafond à l'entrée immédiate de la chambre avait grillé et l'autre était très blafard.

Chambre 122 – La lentille des deux lumières sur le mur au-dessus de la porte de la chambre, reliée au système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel, était manquante. Cette lentille accentue les lumières, permettant au personnel de voir plus efficacement d'où vient l'appel.

Chambre 102 – La lumière du tube fluorescent inférieur de l'appareil d'éclairage fixé au-dessus du lit sautillait et était très blafarde.

Chambre 127 – La lentille de l'appareil d'éclairage à tube fluorescent fixé au plafond de la salle de bain était manquante.

Chambre 125 – La lentille de l'appareil d'éclairage à tube fluorescent fixé au plafond à l'entrée immédiate de la chambre était manquante.

Chambre 133 – Le tube fluorescent supérieur de l'appareil d'éclairage fixé au-dessus du lit du résident 006 ne fonctionnait pas.

Luminaires du couloir – Les tubes fluorescents des appareils d'éclairage fixés à l'extérieur des chambres 151 et 109 étaient très blafards.



**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

Chambre 101 – La lentille de l'appareil d'éclairage à tube fluorescent fixé au plafond à l'entrée immédiate de la chambre était manquante.

Luminaires du couloir – Entre les chambres 134/132 et 106/108, l'un des tubes fluorescents de l'appareil d'éclairage fixé au plafond avait grillé et l'autre était extrêmement blafard.

Chambre 135 – La chaînette métallique à perles de l'appareil d'éclairage au-dessus du lit du résident 008 était très courte, avec seulement quatre perles restantes environ. L'inspectrice a réussi à allumer la lumière en tirant de manière répétée sur la chaînette raccourcie, mais n'a pas réussi à l'éteindre.

Autre :

Chambre 114 – Il n'y avait pas de moustiquaire à la fenêtre.

Chambre 128 – Le mur à gauche de la porte de la salle de bain présentait des entailles profondes à plusieurs endroits. La partie basse extérieure de la porte de la salle de bain présentait des rayures et des éraflures importantes. La peinture du cadre extérieur de la porte de la salle de bain, sur la gauche, était très écaillée et le métal était à nu.

La cloison entre les deux espaces de lit était endommagée ; la partie basse du mur était fendillée et effritée.

Chambre 131 – Le bas du mur à droite de la table de chevet du résident 005 était en mauvais état. Il y avait de grosses marques de frottement sur la surface du mur, au-dessus de la plinthe, et celle-ci avait été forcée vers l'intérieur. Il y avait un espace entre le carrelage et la plinthe avec une accumulation de débris. Au-dessus, au milieu du mur, il y avait une longue éraflure droite.

La porte du placard du résident était en mauvais état. Il y avait des trous et des échardes sur la partie basse de la porte extérieure du placard.

Remarque : La porte du placard du résident 005 a été ciblée de façon particulière dans l'Ordre de conformité (OC) délivré à la suite de l'inspection de suivi n° 2015\_346133\_0029, menée en août 2015. Les travaux correctifs devaient être terminés avant la date de conformité fixée au 24 novembre 2015 aux termes de cet ordre. Un rapport d'étape présenté par l'ancien administrateur le 10 décembre 2015 indiquait que le surveillant de l'entretien de l'époque avait rejoint le service (à la suite d'un congé) et qu'un entretien régulier, assorti de la documentation requise, se mettait en place. Il indiquait que des travaux correctifs sur le mur allaient être entrepris par



**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

l'entremise du programme d'entretien régulier. Le rapport d'étape n'indiquait pas qu'il s'agissait précisément du placard du résident 005.

Salle de bain équipée d'une baignoire du côté sud – le couvercle du siphon d'écoulement était manquant, à droite de la baignoire.

Salle à manger du côté sud – Le mur sous les fenêtres était en mauvais état. Le mur sous la fenêtre du milieu était éraflé sur toute sa longueur et la peinture était écaillée autour. La peinture sous la fenêtre de gauche était écaillée et le mur était éraflé. Le mur sous la fenêtre de droit présentait une longue éraflure noire. La partie basse de la porte intérieure de la salle à manger était très éraflée et le cadre sur la droite était tellement éraflé que le métal était à nu. Le bas du mur, sur le côté droit, à l'entrée de la salle à manger, présentait des entailles et des éraflures.

Chambre 108 – Le porte-serviette près du lavabo, dans la salle de bain, était manquant. Le support droit du porte-serviette était en place, fixé au mur, tandis que le support gauche était manquant.

Chambre 110 – Le ventilateur de la salle de bain était très bruyant et faisait un bruit de cliquetis strident.

Remarque : Il a été déterminé dans le passé (lors de l'inspection n° 2015\_346133\_0005, OC n° 001 et n° 2015\_346133\_0029, OC n° 001) que les ventilateurs d'extraction étaient très bruyants dans certaines salles de bain réservées aux résidents en raison de l'âge de ces ventilateurs et de l'usure de leurs pales. Quand un vieux ventilateur est remplacé par un nouveau, la ventilation est presque silencieuse. Il y a des fois où le ventilateur de la salle de bain se met en marche seulement quand on allume la lumière et d'autres heures précises de la journée et de la nuit où le ventilateur se met automatiquement en marche. Il a été déterminé dans le passé que lorsque le ventilateur se met en marche automatiquement et que la porte de la salle de bain est ouverte, le ventilateur en place, s'il est vieux et bruyant, peut déranger les résidents qui se reposent. Un rapport d'étape présenté par l'ancien administrateur le 10 décembre 2015 indiquait que trois ventilateurs bruyants avaient été remplacés et que d'autres ventilateurs allaient l'être, ainsi qu'il a été exigé.

Le surveillant de l'entretien du foyer actuel a indiqué ne pas être au courant d'un quelconque programme de remplacement des ventilateurs.

Chambre A – Le 30 août 2016, il a été observé que le couvercle du réservoir d'eau des toilettes reposait sur le siège des toilettes et que le mécanisme de chasse d'eau ne



**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

fonctionnait pas. Le/la résident(e) 007 a dit à l'inspectrice qu'il/elle utilisait les toilettes du hall principal pour faire ses besoins et espérait que ses toilettes seraient réparées ce jour-là. Une femme de ménage, S107, a dit à l'inspectrice qu'elle avait découvert que ces toilettes étaient cassées le 29 août 2016, l'avait immédiatement signalé au surveillant de l'entretien (SE) et le lui avait rappelé ce jour-là (le 30 août 2016). Vers la fin de la journée de l'inspection, le 31 août 2016, le SE a expliqué qu'il avait trouvé dans la salle réservée à l'entretien un mécanisme de chasse d'eau de remplacement pour ces toilettes, et que celles-ci étaient à présent fonctionnelles. Le/la résident(e) 007 a dû utiliser les toilettes du hall principal pendant trois jours.

Salle à manger du côté ouest : Le mur sous la troisième fenêtre (à partir de l'entrée) était fissuré et la peinture écaillée. La zone avait été en partie colmatée. Le mur sous la première fenêtre était fissuré et présentait des marques de frottement à deux endroits au-dessus de la plinthe et était éraflé tout autour de la partie abîmée.

Le caractère étendu des non-conformités observées, le risque potentiel que présentent certaines des non-conformités pour les résidents et les antécédents du titulaire de permis de non-respect des exigences liées à l'entretien nécessitent la délivrance d'un autre Ordre de conformité (OC). Ainsi, étant donné qu'il s'agira du quatrième OC délivré au titulaire de permis en vertu de la LFSLD, L.O. 2007, par. 15 (2) c), un Renvoi de la question au directeur sera effectué.

(133)

**This order must be complied with by /  
Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le :**

5 déc. 2016(A1)

**REVIEW/APPEAL INFORMATION**

**TAKE NOTICE:**

The Licensee has the right to request a review by the Director of this (these) Order(s) and to request that the Director stay this (these) Order(s) in accordance with section 163 of the Long-Term Care Homes Act, 2007.

The request for review by the Director must be made in writing and be served on the Director within 28 days from the day the order was served on the Licensee.

The written request for review must include,



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

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

**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

- (a) the portions of the order in respect of which the review is requested;
- (b) any submissions that the Licensee wishes the Director to consider; and
- (c) an address for services for the Licensee.

The written request for review must be served personally, by registered mail or by fax upon:

Director  
c/o Appeals Coordinator  
Long-Term Care Inspections Branch  
Ministry of Health and Long-Term Care  
1075 Bay Street, 11th Floor  
Toronto, ON M5S 2B1  
Fax: 416-327-7603

When service is made by registered mail, it is deemed to be made on the fifth day after the day of mailing and when service is made by fax, it is deemed to be made on the first business day after the day the fax is sent. If the Licensee is not served with written notice of the Director's decision within 28 days of receipt of the Licensee's request for review, this(these) Order(s) is(are) deemed to be confirmed by the Director and the Licensee is deemed to have been served with a copy of that decision on the expiry of the 28 day period.

The Licensee has the right to appeal the Director's decision on a request for review of an Inspector's Order(s) to the Health Services Appeal and Review Board (HSARB) in accordance with section 164 of the Long-Term Care Homes Act, 2007. The HSARB is an independent tribunal not connected with the Ministry. They are established by legislation to review matters concerning health care services. If the Licensee decides to request a hearing, the Licensee must, within 28 days of being served with the notice of the Director's decision, give a written notice of appeal to both:

**Health Services Appeal and Review Board and the Director**

Attention Registrar  
151 Bloor Street West 9th Floor  
Toronto, ON M5S 2T5

Director  
c/o Appeals Coordinator  
Long-Term Care Inspections Branch  
Ministry of Health and Long-Term Care  
1075 Bay Street, 11th Floor  
Toronto, ON M5S 2B1  
Fax: 416-327-7603

Upon receipt, the HSARB will acknowledge your notice of appeal and will provide instructions regarding the appeal process. The Licensee may learn more about the HsARB on the website [www.hsarb.on.ca](http://www.hsarb.on.ca).

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

**PRENDRE AVIS**

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



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

**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

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

**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

suspendre l'exécution.

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

La demande de réexamen doit contenir ce qui suit :

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

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

Directeur  
a/s Coordinateur des appels  
Inspection de soins de longue durée  
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée  
1075, rue Bay, 11<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M5S 2B1  
Télécopieur : 416-327-7603

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

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

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

Directeur  
a/s Coordinateur des appels  
Inspection de soins de longue durée  
Ministère de la Santé et des Soins de longue  
durée  
1075, rue Bay, 11<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M5S 2B1  
Télécopieur : 416-327-7603



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

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

**Order(s) of the Inspector**

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

**Délivré ce 14e jour de novembre 2016 (A1)**

**Signature of Inspector /  
Signature de l'inspecteur :**

**Name of Inspector /  
Nom de l'inspecteur :**

JESSICA LAPENSEE

**Service Area Office /  
Bureau régional de services :**

Ottawa