



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

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

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

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

Health System Accountability and
Performance Division
Performance Improvement and
Compliance Branch

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

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

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

Copie destinée au public

Date(s) du rapport	N° d'inspection	N° de registre	Type d'inspection
21 janvier 2015	2014_286547_0032	O- 001283-14	Inspection de la qualité des services aux résidents

Titulaire de permis

REVERA LONG TERM CARE INC.
55 STANDISH COURT, 8^e ÉTAGE, MISSISSAUGA (ONTARIO) L5R 4B2

Foyer de soins de longue durée

MONTFORT
705, chemin Montreal, OTTAWA (ONTARIO) K1K 0M9

Inspecteur(s)/Inspectrice(s)

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

Résumé de l'inspection



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

Cette inspection s'est tenue les 2, 3, 4, 5, 8, 9, 10 et 11 décembre 2014.

Au cours de l'inspection, l'inspectrice s'est entretenue avec plusieurs résidents, les familles, des bénévoles, le président du conseil des résidents, le président du conseil des familles, du personnel infirmier autorisé et non autorisé, un coordonnateur de l'évaluation RAI, un physiothérapeute, un aide-diététiste, le personnel d'entretien ménager, le chef des services environnementaux, un chef de la formation et du contrôle des infections, une bénévole et coordonnatrice des activités, le directeur adjoint des soins, le directeur des soins et le directeur général du foyer.

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

activités récréatives et sociales;
comportements réactifs;
conseil des familles;
conseil des résidents;
dignité, liberté de choisir et vie privée;
foyer sûr et sécuritaire;
hospitalisation et changement de l'état;
médicaments;
nutrition et hydratation;
observation du service de restauration;
prévention des chutes;
prévention des mauvais traitements, de la négligence et des représailles;
prévention et contrôle des infections;
recours minimal à la contention;
services d'hébergement – entretien ménager;
services d'hébergement – entretien;
services de soutien personnel;
soins de la peau et des plaies.

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

7 AE
3 PRV
2 OC
0 RD
0 OTA

NON-RESPECTS**Définitions**

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

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

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

AE n° 1 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement 79/10 de l'Ontario, art. 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 respect des règles suivantes :

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

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

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

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

2. Toutes les portes donnant sur les aires non résidentielles doivent être dotées de verrous pour empêcher leur accès non supervisé par les résidents et elles doivent être gardées fermées et verrouillées quand elles ne sont pas supervisées par le personnel.

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

4. Toutes les alarmes des portes donnant sur l'extérieur doivent être branchées sur une source d'alimentation de secours, sauf si le foyer n'est pas desservi par une génératrice, auquel cas le personnel du foyer surveille ces portes conformément aux marches à suivre énoncées dans les plans de mesures d'urgence du foyer. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 9; Règl. de l'Ont. 363/11, par. 1 (1) et (2); Règl. de l'Ont. 246/13, art. 2.

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas respecté l'alinéa 9 (1) 1 du Règl. de l'Ont. 79/10, dans la mesure où il n'a pas veillé à ce que toutes les portes du foyer, particulièrement les portes du sous-sol donnant sur l'extérieur du foyer, soient gardées fermées et verrouillées, dotées d'un système de contrôle d'accès sous tension en tout temps et dotées d'une alarme sonore qui permet d'annuler les appels uniquement au point d'activation et qui soit est branchée sur le système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel, soit est branchée sur un panneau de contrôle audio-visuel qui lui-même est branché sur le poste infirmier le plus près de la porte et muni d'un interrupteur de réarmement manuel à chaque port, étant donné que les résidents ont accès à cette aire non résidentielle du foyer.

Le premier jour de l'inspection de la qualité des services aux résidents, le 2 décembre, 2014, l'inspectrice 592 a été informée que le niveau du sous-sol était une aire non résidentielle du foyer et qu'on ne pouvait y accéder qu'en utilisant une carte magnétique dans l'ascenseur.

L'inspectrice 547 a remarqué le 4 décembre 2014 que les ascenseurs du foyer étaient dotés d'un système d'accès à cartes magnétiques permettant uniquement aux employés de sélectionner le niveau du sous-sol, ce niveau étant considéré comme une aire non résidentielle. L'inspectrice 547 a pu accéder au niveau du-sol par l'ascenseur sans avoir à utiliser une carte magnétique ou à sélectionner ce niveau dans l'ascenseur. Cette aire non résidentielle a deux portes qui donnent sur l'extérieur du foyer, l'une pour la plateforme de chargement, l'autre située à droite des portes de la plateforme de chargement et utilisée par le personnel pour entrer au foyer et en sortir. Il s'agit de deux systèmes de portes sans contrôle d'accès ni alarme qui donnent directement sur l'extérieur du foyer.

L'absence d'un système de sécurité dans les ascenseurs et l'accès à des portes déverrouillées et sans alarme présente un risque potentiel pour les résidents du foyer. Ces portes du sous-sol se verrouillent de l'extérieur, ce qui ajoute un autre niveau de risque puisque les résidents pourraient sortir du foyer par l'une ou l'autre porte mais ne pourraient pas rentrer.

2. Le titulaire de permis n'a pas respecté l'alinéa 9 (1) 2 du Règl. de l'Ont. 79/10, dans la mesure où il n'a pas veillé à ce que toutes les portes donnant sur les aires non résidentielles soient dotées de

verrous pour empêcher leur accès non supervisé par les résidents et n'a pas veillé à ce qu'elles soient gardées fermées et verrouillées quand elles ne sont pas supervisées par le personnel.

Le 5 décembre 2014, l'inspectrice 547 a remarqué que la salle de matériel propre de l'unité Allée des Tulipes n'était pas verrouillée de façon à empêcher l'accès non supervisé à ce lieu. La porte donnant sur cette salle de matériel propre a été vue fermée et dotée d'un dispositif de verrouillage. La salle de matériel propre était située dans un couloir principal et, au moment de l'observation, n'était pas surveillée par le personnel. Cette salle de matériel propre était dotée de rasoirs neufs et de bouteilles de solution de nettoyage contenant un liquide jaune appelé « nettoyant et désinfectant tout usage ». L'inspectrice 547 a interrogé l'employé 111, qui a indiqué que cette pièce était utilisée par le personnel infirmier et le personnel chargé de l'entretien du foyer. L'employé 111 a ajouté que le verrou de cette porte ne fonctionnait pas bien et que le chef des services environnementaux du foyer le savait.

Le 5 décembre 2014, l'inspectrice 547 a interrogé le chef des services environnementaux, qui a dit savoir que le dispositif de verrouillage de la porte était brisé mais qu'il n'avait pas vérifié s'il y avait des articles à l'intérieur de cette pièce qui pouvaient poser un risque pour les résidents de l'unité.
[par. 9 (1)]

Autres mesures requises :

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

AE n° 2 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement 79/10 de l'Ontario, art. 10 (Ascenseurs).

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

10. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les ascenseurs du foyer soient équipés de façon à empêcher que les résidents aient accès aux aires dont l'accès leur est interdit. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 10 (1).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas respecté l'article 10 du Règl. de l'Ont. 79/10, dans la mesure où les ascenseurs du foyer ne sont pas équipés de façon à empêcher que les résidents aient accès au niveau du sous-sol, qui est considéré comme une aire non résidentielle du foyer.

Le 3 décembre 2014 à 10 h 45, lors d'une inspection de la qualité des services aux résidents, l'inspectrice 592 était au rez-de-chaussée du foyer et a appelé l'ascenseur pour aller au deuxième

étage. Cependant, l'ascenseur sans accès à l'aire de service est descendu et les portes se sont ouvertes au sous-sol, considéré comme une aire non résidentielle. L'inspectrice 592 a remarqué qu'il n'y avait personne qui attendait l'ascenseur au sous-sol à ce moment-là. Cet ascenseur n'était pas équipé de façon à empêcher que les résidents aient accès à cette zone. Le 4 décembre 2014 à 16 h 45, l'inspectrice 547 a appelé l'ascenseur sans accès à l'aire de service pour aller au deuxième étage depuis le rez-de-chaussée du foyer. Cependant, l'ascenseur est descendu au niveau du sous-sol. L'inspectrice 547 a donc obtenu libre accès au niveau du sous-sol et à l'aire de service du foyer. Le chef des services environnementaux du foyer a appelé l'ascenseur depuis le sous-sol pour remonter au rez-de-chaussée en appuyant sur le bouton au sous-sol et indiqué que, lorsqu'on appuie sur le bouton de l'ascenseur, les deux ascenseurs sont redirigés vers le sous-sol parce qu'ils sont reliés au même système d'appel.

Le chef des services environnementaux a indiqué que la plaque de boutons de cet ascenseur, au sous-sol, avait aussi un espace pour une clé, situé sous le bouton, pour appeler uniquement l'ascenseur avec accès à l'aire de service, qui est utilisé par le personnel des services environnementaux ou celui des cuisines qui travaillant dans cette aire non résidentielle du foyer. Le chef des services environnementaux a également indiqué que tous les employés du foyer avaient accès au sous-sol, mais qu'ils n'avaient pas tous la clé de l'ascenseur de service et qu'il leur fallait le bouton d'appel pour utiliser les ascenseurs du foyer depuis ce niveau. Durant la journée, les résidents utilisent régulièrement les ascenseurs entre le rez-de-chaussée et le deuxième étage. Le 9 décembre 2014, l'inspectrice 547 était au niveau du sous-sol du foyer, à midi, lorsque la porte de l'ascenseur de service s'est ouverte avec le résident 48 à l'intérieur. Celui-ci était perplexe, car il avait appelé l'ascenseur pour aller au deuxième étage du foyer depuis le rez-de-chaussée. Cependant, cet ascenseur avait amené le résident au niveau du sous-sol parce que le personnel des cuisines avait appelé l'ascenseur d'accès à l'aire de service en utilisant le bouton de l'ascenseur. Le résident 48 avait eu accès à une aire non résidentielle du foyer sans carte magnétique. La porte de l'ascenseur sans accès à l'aire de service s'est ouverte au sous-sol et il n'y avait personne dans cet ascenseur.

Le 10 décembre 2014, l'inspectrice 547 a interrogé le résident 48, qui a indiqué que les ascenseurs allaient souvent au sous-sol pour le personnel, ce qui était frustrant, car le résident 48 n'appelle jamais les ascenseurs que pour aller au rez-de-chaussée ou au deuxième étage. Le résident 48 a indiqué que cela arrivait tout le temps avec les ascenseurs et qu'il n'y avait pas toujours du personnel qui attendait l'ascenseur au sous-sol; par conséquent, l'ascenseur y va inutilement.

Non seulement les résidents ont potentiellement un accès non surveillé à cette aire non résidentielle, mais ils pourraient également quitter le foyer par cette aire non résidentielle en utilisant les portes qui donnent directement sur l'extérieur du foyer et qui n'étaient ni verrouillées ni dotées d'un système d'alarme, comme l'indique l'ordre de conformité 001 du présent rapport. [par. 10 (1)]

Autres mesures requises :



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

AE n° 3 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 6 (Programme de soins).

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

6. (7) Le titulaire de permis veille à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis au résident, tel que le précise le programme. 2007, chap. 8, par. 6 (7).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis aux résidents suivants, comme le précisent leurs programmes.

Les 8, 9 et 10 décembre 2014, l'inspectrice 547 a remarqué que le résident 23 avait les ongles longs et le pourtour des ongles cassé et pointu. Le 10 décembre 2014, l'inspectrice 547 a remarqué une odeur qui provenait des mains du résident 23.

Le 10 décembre 2014, l'inspectrice 547 a examiné le programme de soins du résident 23, qui indiquait que ce résident devait se faire couper les ongles deux fois par semaine durant le bain. La feuille de cheminement des soins des résidents indiquait, pour chaque quart de travail, les mesures d'hygiène personnelle obligatoires lors de la vérification et du nettoyage des ongles. Cette feuille de cheminement indiquait, pour les 10 derniers jours, que le résident n'avait été vérifié qu'une fois pour ce qui concerne le nettoyage des ongles et rien n'indiquait qu'il s'était fait couper les ongles durant cette période.

Le 9 décembre 2014, l'inspectrice 547 a interrogé l'employé 104 au sujet de l'hygiène des mains du résident 23. Elle a indiqué que le personnel infirmier non autorisé devait évaluer les mains du résident 23 et lui assurer une hygiène des mains le matin et au coucher, tous les jours, et signaler tout problème de peau au personnel infirmier autorisé. L'employé 104 a également indiqué que ce résident avait besoin d'interventions particulières pour ses mains en tout temps dans le cadre de la prévention d'une détérioration de l'épiderme. Aucun rapport n'a été trouvé au sujet de problèmes ou de préoccupations concernant l'entretien des ongles de ce résident ou le nettoyage de ses mains durant cette période.

Le 10 décembre 2014, l'inspectrice 547 a interrogé le directeur adjoint des soins au sujet des exigences du foyer en matière d'hygiène des mains pour tous les résidents. Le directeur adjoint des soins a indiqué que tous les résidents se faisaient laver les mains durant les soins du matin, aux repas, ainsi qu'avant d'aller au lit le soir. L'entretien des ongles des résidents est prévu dans le cadre

de ces soins et s'il est noté que les ongles sont pointus ou longs, ils doivent être limés ou coupés.
[par. 6 (7)]

2. Les 4, 5 et 11 décembre 2014, l'inspectrice 547 a vu le résident 24 qui avait les poils faciaux longs ainsi que les ongles très longs et pointus avec des débris d'aliments jaunes et bruns incrustés sous les ongles.

Le 11 décembre 2014, l'inspectrice 547 a examiné le programme de soins du résident 24. Le programme de soins de ce résident indiquait que celui-ci avait besoin de l'aide d'une personne pour l'hygiène personnelle et qu'il devait recevoir l'aide du personnel en tout temps pour se laver et faire sa toilette. Les feuilles de cheminement des soins du résident indiquaient, pour le mois de décembre, qu'il n'avait pas été rasé depuis le 9 décembre 2014 alors que son programme de soins indiquait que pour son hygiène personnelle, il fallait le raser et lui nettoyer les ongles tous les jours. Cette même feuille de cheminement quotidienne ne contient aucun renseignement indiquant que les ongles de ce résident ont été coupés au cours des 11 derniers jours.

Le 11 décembre 2014, l'inspectrice 547 a interrogé l'employée 124, qui est chargée des soins personnels du résident 24. Cette dernière a indiqué qu'elle avait rasé le visage du résident ce matin-là pendant les soins du matin. L'employée 124 a indiqué que le rasoir électrique du résident 24 était défectueux et que pour cette raison le résident n'avait pas été rasé correctement. L'employée 124 a indiqué qu'elle n'avait pas remarqué les ongles du résident durant les soins. Le 11 décembre 2014, l'inspectrice 547 a interrogé le directeur des soins au sujet des exigences du foyer concernant la toilette personnelle et l'hygiène des mains des résidents.

Le directeur des soins a indiqué que tous les résidents devaient être bien tenus en tout temps et être bien rasés tous les jours, comme l'exige le programme de soins des résidents lorsqu'ils ont des poils faciaux. Le directeur des soins a également indiqué que, si le rasoir électrique d'un résident ne fonctionne plus bien, le personnel doit le raser au moyen de rasoirs jetables jusqu'à ce que le rasoir électrique du résident soit réparé ou remplacé. Le directeur des soins a indiqué que l'hygiène des mains devait être assurée plusieurs fois par jour pour chaque résident. [par. 6 (7)]

3. Les 4 et 9 décembre 2014, l'inspectrice 592 a vu le résident 40 avec de longs poils faciaux.

Le 9 décembre 2014, l'inspectrice 592 a examiné le programme de soins du résident 40, qui indiquait que celui-ci avait besoin de l'aide totale du personnel pour ses soins d'hygiène personnelle et sa toilette. Les feuilles de cheminement des soins des résidents indiquaient que, pour la période du 1^{er} novembre au 8 décembre 2014, le résident 40 avait été rasé une fois, le 22 novembre 2014.

Le 9 décembre 2014, l'inspectrice 592 a interrogé l'employé 119 au sujet de l'hygiène et de la toilette personnelle du résident 40 et a indiqué que, selon les exigences du foyer, ce résident devait être rasé le jour de bain, tel qu'exigé.

Ce même jour, l'inspectrice 592 a interrogé le directeur des soins, qui a indiqué que le foyer exigeait que le rasage des résidents fasse partie des soins d'hygiène quotidiens et de la toilette. Le directeur des soins a observé le résident 40 avec l'inspectrice 592 et indiqué que les soins du visage fournis au résident étaient inacceptables. [par. 6 (7)]

Autres mesures requises :

PRV – Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de redressement visant à assurer que les soins prévus dans le programme de soins pour l'hygiène des mains et la toilette des résidents doivent être fournis à tous les résidents tel que prévu dans leurs programmes. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.

AE n° 4 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement 79/10 de l'Ontario, art. 8 (Respect des politiques et dossiers).

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

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

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

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel infirmier autorisé suive la politique du foyer et la marche à suivre de la pharmacie Classic Care concernant la destruction de médicaments, ainsi que la politique du foyer et la marche à suivre de Revera concernant l'administration de médicaments.

Le 10 décembre 2014, l'inspectrice 547 a vu l'employé 101 prendre un marqueur noir pour rayer les renseignements personnels sur la santé d'un résident figurant sur l'étiquette apposée à un paquet de médicaments dans le cadre de la destruction de paquets de médicaments lorsque la pochette était vide. L'employé 101 a ensuite placé ce paquet de médicaments dans la poubelle, sur le côté du chariot à médicaments. Une observation plus étroite de ce paquet de médicaments avec l'employé 101 a permis de noter que le nom du résident, le nom du médicament et le numéro de la chambre restaient lisibles sur l'étiquette de cet emballage.

Ce même jour, l'inspectrice 547 a interrogé le directeur adjoint des soins, qui a indiqué que le fait de rayer les renseignements personnels sur la santé des résidents sur les étiquettes au moyen d'un marqueur noir était conforme aux pratiques du foyer. Le directeur adjoint des soins a également noté que les renseignements personnels sur la santé de ce résident étaient encore lisibles sur le paquet de médicaments qui avait été jeté à la poubelle.

Un examen de la politique de la pharmacie Classic Care et de la marche à suivre 5.8 – Élimination de médicaments, mise à jour en juillet 2014 et fournie par le directeur de la formation et du contrôle des infections, révèle les renseignements suivants, à la page 2 de 6 :

Les étiquettes d'ordonnance présentes sont retirées des contenants et déposées dans le récipient désigné pour les médicaments destinés à être éliminés. Elles peuvent aussi être déposées dans la poubelle, mais uniquement en rendant illisible le nom du résident qui y figure, de manière à respecter la confidentialité.

Un examen de la politique du foyer et de la marche à suivre de Revera L TC-F-20 concernant l'administration de médicaments, mise à jour en août 2012, révèle les renseignements suivants, à la page 2 de 3 :

18. Les renseignements confidentiels du résident sont protégés pendant et après l'administration des médicaments.

2. Le 8 décembre 2014, l'inspectrice 547 a vu que l'employée 107 avait un panier contenant plusieurs gobelets à médicament remplis de médicaments. L'employée 107 a indiqué qu'elle n'avait rien contre l'utilisation du chariot à médicaments sur roulettes, mais qu'elle préférait utiliser un panier lorsqu'il n'y a que quelques médicaments à distribuer à l'heure du dîner dans cette unité au lieu de sortir tout le chariot à médicaments. L'employée 107 a indiqué qu'elle ignorait si l'utilisation de ce panier était acceptable au foyer.

Le 10 décembre 2014, l'inspectrice 547 a interrogé le directeur adjoint des soins, qui a indiqué que le foyer ne prévoyait pas que les médicaments soient versés à l'avance et placés dans des gobelets à médicament à l'intérieur d'un panier, pour plusieurs résidents à la fois. Le directeur adjoint des soins a indiqué que le foyer avait acheté des chariots à médicaments sur roulettes pour faciliter la tâche au

personnel infirmier autorisé et permettre à celui-ci de préparer sans danger les médicaments et de ne les verser qu'avant leur administration aux résidents.

Un examen de la politique du foyer et de la marche à suivre de Revera L TC-F-20 concernant l'administration de médicaments, mise à jour en août 2012, révèle les renseignements suivants, à la page 1 de 3 :

3. Les médicaments doivent demeurer dans leur récipient ou leur emballage étiqueté d'origine fourni par les services pharmaceutiques ou l'approvisionnement du gouvernement jusqu'à l'administration au résident.

6. Les médicaments ne sont en aucun cas préparés longtemps avant leur administration.

3. Le 10 décembre 2014, l'inspectrice 547 a vu, dans la boîte à narcotiques de l'unité Pommeraie, des pochettes de paquets de médicaments qui n'avaient pas de date de péremption.

Le résident 47 avait deux paquets de narcotiques distincts contenant au total quarante-cinq cachets d'un narcotique particulier, qui avait été préparé par la pharmacie un jour de septembre 2014, et il n'y avait aucune date de péremption notée au dos de ces emballages. Le résident 10 avait trente cachets d'un narcotique particulier qui avait été préparé par la pharmacie un jour de septembre 2014, et il n'y avait aucune date de péremption au dos de cet emballage.

Le 10 décembre 2014, l'inspectrice 547 a interrogé le directeur adjoint des soins, qui a indiqué que les paquets de narcotiques sans date de péremption devaient être renvoyés à la pharmacie et traités comme si le médicament était périmé. Il s'agit de médicaments qui ne sont pas utilisés souvent; cependant, la pharmacie aurait dû savoir qu'il fallait se pencher sur ce problème.

Un examen de la politique du foyer et de la marche à suivre de Revera L TC-F-20 concernant l'administration de médicaments, mise à jour en août 2012, révèle les renseignements suivants, à la page 2 de 3 :

9. Les médicaments périmés ne sont pas administrés et doivent être retournés au fournisseur de services pharmaceutiques aussitôt que possible. [alinéa 8 (1) b)]

Autres mesures requises :

PRV – Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de redressement visant à assurer que le personnel infirmier autorisé respecte la politique du foyer et la marche à suivre de la pharmacie Classic Care concernant la destruction de médicaments,

ainsi que la politique du foyer et la marche à suivre de Revera concernant l'administration de médicaments. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.

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

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

229. (10) Le titulaire de permis veille à ce que soient mises en place les mesures d'immunisation et de dépistage suivantes :

3. Doivent être offertes aux résidents des immunisations contre le pneumocoque, le tétanos et la diphtérie, conformément aux calendriers d'immunisation publique affichés sur le site Web du ministère. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 229 (10).

229. (12) Le titulaire de permis veille à ce que les animaux de compagnie qui vivent au foyer ou qui visitent le foyer dans le cadre d'un programme de visites d'animaux de compagnie ont reçu toutes les immunisations nécessaires. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 229 (12).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à offrir aux résidents des immunisations contre le pneumocoque, le tétanos et la diphtérie, conformément aux calendriers d'immunisation publique affichés sur le site Web du ministère.

Le 8 décembre 2014, l'inspectrice 592 a interrogé le directeur de la formation et du programme de prévention et de contrôle des infections. Le directeur adjoint des soins a indiqué que le foyer n'avait pas de politique ni de marche à suivre en place pour l'immunisation contre la diphtérie et le tétanos et que, par conséquent, il n'y avait pas de fournitures disponibles au foyer. Ces deux membres du personnel ont indiqué à l'inspectrice 592 que le consentement des résidents avait été obtenu au moment de leur admission au foyer, mais que ceux-ci n'avaient jamais reçu d'immunisation contre la diphtérie et le tétanos. [alinéa 229 (10) 3]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les animaux de compagnie qui vivent au foyer ou qui visitent le foyer dans le cadre d'un programme de visite d'animaux de compagnie aient reçu toutes les immunisations nécessaires. Le 8 décembre 2014, l'inspectrice 592 a interrogé la bénévoles et coordonnatrice des activités, qui a indiqué que des chiens participaient au programme de visite d'animaux de compagnie du foyer. La bénévoles et coordonnatrice des activités a dit ne pas savoir que le foyer devait veiller à ce que tous les animaux de compagnie qui visitent le foyer aient une fiche d'immunisation à jour. Aucune fiche d'immunisation n'avait été demandée pour les animaux de compagnie qui visitaient le foyer. [par. 229 (12)]

Autres mesures requises :

PRV – Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de redressement visant à assurer que le foyer offre à tous les résidents qui résident au foyer et mette à leur disposition des immunisations contre le tétanos et la diphtérie, conformément aux pratiques fondées sur des données probantes. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.

AE n° 6 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 15 (Services d'hébergement).

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

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

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

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer, l'ameublement et le matériel soient maintenus de façon qu'ils soient sûrs et en bon état. Dans le présent rapport, le système de communication bilatéral entre les résidents et le personnel est communément appelé « système de sonnette d'appel ».

Un jour de décembre 2014, l'inspectrice 547 a observé la salle de bains de la chambre d'un résident, où le système de sonnette d'appel ne déclenchait pas l'alarme lorsqu'on appuyait sur le bouton de la sonnette.

Ce même jour, l'inspectrice 547 a observé, dans la chambre d'un autre résident, que le système de sonnette d'appel installé au chevet du résident ne déclenchait pas d'alarme lorsqu'on appuyait sur le bouton de la sonnette. L'inspectrice 547 a interrogé l'employé 110, qui a dit ne pas savoir qui était chargé de vérifier le système de sonnette d'appel des résidents au foyer.

Un autre jour de décembre 2014, l'inspectrice 592 a observé, dans la chambre d'un résident, que le système de sonnette d'appel installé au chevet du résident ne déclenchait pas d'alarme lorsqu'on appuyait sur le bouton de la sonnette.

Lors d'un entretien le 8 décembre 2014, le chef des services environnementaux a indiqué à l'inspectrice 592 qu'à sa connaissance il n'y avait aucun système de sonnette d'appel défectueux dans les chambres de ces résidents et aucun d'eux n'avait pas été entretenu de façon à être sûr et en bon état. [alinéa 15 (2) c)]

AE n° 7 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 85 (Sondage sur la satisfaction).

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

85. (3) Le titulaire de permis demande conseil au conseil des résidents et au conseil des familles, s'il y en a un, pour mettre au point et réaliser le sondage et pour donner suite aux résultats de celui-ci. 2007, chap. 8, par. 85 (3).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à demander conseil au conseil des familles pour mettre au point et réaliser le sondage sur la satisfaction et pour donner suite aux résultats de celui-ci.

L'inspectrice 547 a interrogé le président du conseil des familles, qui a indiqué que le conseil des familles avait eu l'occasion d'examiner le sondage sur la satisfaction et qu'on l'avait informé que le sondage serait réalisé au foyer peu après. Le conseil des familles n'a pas eu l'occasion de donner son avis sur ce sondage ou sur la façon dont il devait être réalisé au foyer.

Le 11 décembre 2014, l'inspectrice 547 a interrogé le directeur général du foyer, qui a indiqué que le sondage sur la satisfaction avait été fourni par Revera et qu'il n'avait pas demandé conseil au conseil des familles pour mettre au point le sondage sur la satisfaction ni savoir comment il devait être réalisé au foyer. [par. 85 (3)]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à demander conseil au conseil des résidents pour mettre au point et réaliser le sondage sur la satisfaction et pour donner suite aux résultats de celui-ci.
Le 9 décembre 2014, l'inspectrice 547 a interrogé le président du conseil des résidents, qui a indiqué que le foyer ne demandait pas conseil au conseil des résidents pour mettre au point et réaliser le sondage sur la satisfaction.



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

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

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

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

Le 9 décembre 2014, l'inspectrice 547 a interrogé le président du Conseil des résidents, qui a indiqué que le foyer n'avait pas demandé conseil au Conseil des résidents pour mettre au point et réaliser le sondage sur la satisfaction. Le 9 décembre 2014, l'inspectrice 547 a interrogé l'adjoint au Conseil des résidents, qui a indiqué que le foyer avait reçu le sondage sur la satisfaction de Revera et que le foyer n'avait pas demandé conseil au Conseil des résidents pour mettre au point le sondage sur la satisfaction ou pour savoir comment il devait être réalisé au foyer. [par. 85 (3)]

Date de délivrance : 22 janvier 2015

Signature de l'inspecteur ou de l'inspectrice

Original signé par l'inspecteur ou l'inspectrice.

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

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

	Copie destinée au public
Nom des inspecteurs ou inspectrices :	LISA KLUKE (547), HUMPHREY JACQUES (599), MELANIE SARRAZIN (592), SUSAN WENDT (546)
N° de registre :	0-001283-14
N° du rapport d'inspection :	2014 286547 003
Type d'inspection :	INSPECTION DE LA QUALITÉ DES SERVICES AUX RÉSIDENTS
Date du rapport :	21 janvier 2015
Titulaire de permis :	REVERA LONG TERM CARE INC. 55 STANDISH COURT, 8 ^e ÉTAGE MISSISSAUGA (ONTARIO) L5R 4B2
Foyer de soins de longue durée :	MONTFORT 705, chemin Montréal, OTTAWA (Ontario) K1K 0M9
Nom de l'administrateur :	Bernard Bouchard

Aux termes du présent document, REVERA LONG TERM CARE INC est tenu de se conformer à l'ordre suivant pour la date indiquée ci-dessous :

N° de l'ordre :	001	Type d'ordre :	Ordre de conformité, alinéa 153 (1) a)
Lien vers l'ordre existant :			
Aux termes de :			
Aux termes du :			
Règlement de l'Ontario 79/10, par. 9 (1)			
9. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au respect des règles suivantes :			
1. Toutes les portes donnant sur un escalier et toutes celles donnant sur l'extérieur du foyer doivent être, à la fois :			
i. gardées fermées et verrouillées,			
ii. dotées d'un système de contrôle d'accès sous tension en tout temps,			

iii. dotées d'une alarme sonore qui permet d'annuler les appels uniquement au point d'activation et qui :

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

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

2. Toutes les portes donnant sur les aires non résidentielles doivent être dotées de verrous pour empêcher leur accès non supervisé par les résidents.

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

4. Toutes les alarmes des portes donnant sur l'extérieur doivent être branchées sur une source d'alimentation de secours, sauf si le foyer n'est pas desservi par une génératrice, auquel cas le personnel du foyer surveille ces portes conformément aux marches à suivre énoncées dans les plans de mesures d'urgence du foyer.

Ordre :

1. Toutes les portes accessibles aux résidents et donnant sur l'extérieur du foyer doivent être gardées fermées et verrouillées, dotées d'un système de contrôle d'accès sous tension en tout temps et dotées d'une alarme sonore telle que prescrite. Cette mesure concerne particulièrement la sécurité des résidents en raison du risque d'accès non surveillé à une aire non résidentielle au niveau du sous-sol du foyer.

2. La porte donnant sur une salle de matériel propre dans l'unité Allée des Tulipes doit être gardée fermée et verrouillée lorsque cette zone n'est pas sous surveillance immédiate, ceci afin d'empêcher les résidents d'accéder à cette zone non résidentielle.

3. En attendant que les deux ascenseurs soient sécurisés comme noté dans l'ordre de conformité 002, le titulaire de permis mettra immédiatement en place des mesures visant à assurer la sécurité des résidents au regard du risque d'accès non surveillé à cette zone non résidentielle, cité au paragraphe 1 du présent ordre.

Motifs :

1. Le titulaire de permis n'a pas respecté l'alinéa 9 (1) 1 du Règl. de l'Ont. 79/10, dans la mesure où il n'a pas veillé à ce que toutes les portes du foyer, particulièrement les portes du sous-sol donnant sur l'extérieur du foyer, soient gardées fermées et verrouillées, dotées d'un système de contrôle d'accès sous tension en tout temps et dotées d'une alarme sonore qui permet d'annuler les appels uniquement au point d'activation et qui soit est branchée sur le système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel, soit est branchée sur un panneau de contrôle audio-visuel qui lui-même est branché sur le poste infirmier le plus près de la porte et muni d'un interrupteur de réarmement manuel à chaque port, étant donné que les résidents ont accès à cette aire non résidentielle du foyer.

Le premier jour de l'inspection de la qualité des services aux résidents, le 2 décembre, 2014, l'inspectrice 592 a été informée que le niveau du sous-sol était une aire non résidentielle du foyer et qu'on ne pouvait y accéder qu'en utilisant une carte magnétique dans l'ascenseur.

L'inspectrice 547 a remarqué le 4 décembre 2014 que les ascenseurs du foyer étaient dotés d'un système d'accès à cartes magnétiques permettant uniquement aux employés de sélectionner le niveau du sous-sol, ce niveau étant considéré comme une aire non résidentielle. L'inspectrice 547 a pu accéder au niveau du-sol par l'ascenseur sans avoir à utiliser une carte magnétique ou à sélectionner ce niveau dans l'ascenseur. Cette aire non résidentielle a deux portes qui donnent sur l'extérieur du foyer, l'une pour la plateforme de chargement, l'autre située à droite des portes de la plateforme de chargement et utilisée par le personnel pour entrer au foyer et en sortir. Il s'agit de deux systèmes de portes sans contrôle d'accès ni alarme qui donnent directement sur l'extérieur du foyer.

L'absence d'un système de sécurité dans les ascenseurs et l'accès à des portes déverrouillées et sans alarme présente un risque potentiel pour les résidents du foyer. Ces portes du sous-sol se verrouillent de l'extérieur, ce qui ajoute un autre niveau de risque puisque les résidents pourraient sortir du foyer par l'une ou l'autre porte mais ne pourraient pas rentrer.

2. Le titulaire de permis n'a pas respecté l'alinéa 9 (1) 2 du Règl. de l'Ont. 79/10, dans la mesure où il n'a pas veillé à ce que toutes les portes donnant sur les aires non résidentielles soient dotées de verrous pour empêcher leur accès non supervisé par les résidents et n'a pas veillé à ce qu'elles soient gardées fermées et verrouillées quand elles ne sont pas supervisées par le personnel.

Le 5 décembre 2014, l'inspectrice 547 a remarqué que la salle de matériel propre de l'unité Allée des Tulipes n'était pas verrouillée de façon à empêcher l'accès non supervisé à ce lieu. La porte donnant sur cette salle de matériel propre a été vue fermée et dotée d'un dispositif de verrouillage. La salle de matériel propre était située dans un couloir principal et, au moment de l'observation, n'était pas surveillée par le personnel. Cette salle de matériel propre était dotée de rasoirs neufs et de bouteilles de solution de nettoyage contenant un liquide jaune appelé « nettoyant et désinfectant tout usage ». L'inspectrice 547 a interrogé l'employé 111, qui a indiqué que cette pièce était utilisée par le personnel infirmier et le personnel chargé de l'entretien du foyer. L'employé 111 a ajouté que le verrou de cette porte ne fonctionnait pas bien et que le chef des services environnementaux du foyer le savait.

Le 5 décembre 2014, l'inspectrice 547 a interrogé le chef des services environnementaux, qui a dit savoir que le dispositif de verrouillage de la porte était brisé mais qu'il n'avait pas vérifié s'il y avait des articles à l'intérieur de cette pièce qui pouvaient poser un risque pour les résidents de l'unité.
(547)

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

20 mars 2015

N° de l'ordre :	002	Type d'ordre :	Ordre de conformité, alinéa 153 (1) a)
Lien vers l'ordre existant :			
Aux termes de : Aux termes du : Règlement de l'Ontario 79/10, par. 10 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les ascenseurs du foyer soient équipés de façon à empêcher que les résidents aient accès aux aires dont l'accès leur est interdit.			
Ordre : Le titulaire de permis doit assurer que les deux ascenseurs du foyer sont équipés de façon à empêcher l'accès des résidents au niveau du sous-sol, qui est considéré comme une aire non résidentielle du foyer. En attendant que les deux ascenseurs soient sécurisés, le titulaire de permis mettra en place des mesures visant à assurer la sécurité des résidents au regard du risque d'accès non surveillé au niveau du sous-sol, où des portes non verrouillées donnant sur l'extérieur sont accessibles aux résidents, tel que mentionné dans l'ordre de conformité 001.			
Motifs : 1. Le titulaire de permis n'a pas respecté l'article 10 du Règl. de l'Ont. 79/10, dans la mesure où les ascenseurs du foyer ne sont pas équipés de façon à empêcher que les résidents aient accès au niveau du sous-sol, qui est considéré comme une aire non résidentielle du foyer. Le 3 décembre 2014 à 10 h 45, lors d'une inspection de la qualité des services aux résidents, l'inspectrice 592 était au rez-de-chaussée du foyer et a appelé l'ascenseur pour aller au deuxième étage. Cependant, l'ascenseur sans accès à l'aire de service est descendu et les portes se sont ouvertes au sous-sol, considéré comme une aire non résidentielle. L'inspectrice 592 a remarqué qu'il n'y avait personne qui attendait l'ascenseur au sous-sol à ce moment-là. Cet ascenseur n'était pas équipé de façon à empêcher que les résidents aient accès à cette zone. Le 4 décembre 2014 à 16 h 45, l'inspectrice 547 a appelé l'ascenseur sans accès à l'aire de service pour aller au deuxième étage depuis le rez-de-chaussée du foyer. Cependant, l'ascenseur est descendu au niveau du sous-sol. L'inspectrice 547 a donc obtenu libre accès au niveau du sous-sol et à l'aire de service du foyer. Le chef des services environnementaux du foyer a appelé l'ascenseur depuis le sous-sol pour remonter au rez-de-chaussée en appuyant sur le bouton au sous-sol et indiqué que, lorsqu'on appuie sur le bouton de l'ascenseur, les deux ascenseurs sont redirigés vers le sous-sol parce qu'ils sont reliés au même système d'appel. Le chef des services environnementaux a indiqué que la plaque de boutons de cet ascenseur, au sous-sol, avait aussi un espace pour une clé, situé sous le bouton, pour appeler uniquement l'ascenseur avec accès à l'aire de service, qui est utilisé par le personnel des services environnementaux ou celui des cuisines qui travaillent dans cette aire non résidentielle du foyer. Le chef des services environnementaux a également indiqué que tous les employés du foyer avaient			

accès au sous-sol, mais qu'ils n'avaient pas tous la clé de l'ascenseur de service et qu'il leur fallait le bouton d'appel pour utiliser les ascenseurs du foyer depuis ce niveau. Durant la journée, les résidents utilisent régulièrement les ascenseurs entre le rez-de-chaussée et le deuxième étage. Le 9 décembre 2014, l'inspectrice 547 était au niveau du sous-sol du foyer, à midi, lorsque la porte de l'ascenseur de service s'est ouverte avec le résident 48 à l'intérieur. Celui-ci était perplexe, car il avait appelé l'ascenseur pour aller au deuxième étage du foyer depuis le rez-de-chaussée. Cependant, cet ascenseur avait amené le résident au niveau du sous-sol parce que le personnel des cuisines avait appelé l'ascenseur d'accès à l'aire de service en utilisant le bouton de l'ascenseur. Le résident 48 avait eu accès à une aire non résidentielle du foyer sans carte magnétique. La porte de l'ascenseur sans accès à l'aire de service s'est ouverte au sous-sol et il n'y avait personne dans cet ascenseur.

Le 10 décembre 2014, l'inspectrice 547 a interrogé le résident 48, qui a indiqué que les ascenseurs allaient souvent au sous-sol pour le personnel, ce qui était frustrant, car le résident 48 n'appelle jamais les ascenseurs que pour aller au rez-de-chaussée ou au deuxième étage. Le résident 48 a indiqué que cela arrivait tout le temps avec les ascenseurs et qu'il n'y avait pas toujours du personnel qui attendait l'ascenseur au sous-sol; par conséquent, l'ascenseur y va inutilement.

Non seulement les résidents ont potentiellement un accès non surveillé à cette aire non résidentielle, mais ils pourraient également quitter le foyer par cette aire non résidentielle en utilisant les portes qui donnent directement sur l'extérieur du foyer et qui n'étaient ni verrouillées ni dotées d'un système d'alarme, comme l'indique l'ordre de conformité 001 du présent rapport. (547)

Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le :	20 mars 2015
---	--------------

RÉEXAMEN ET APPELS

AVIS IMPORTANT :

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

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

La demande de réexamen doit contenir ce qui suit :

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

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

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

La signification par courrier recommandé est réputée avoir été reçue le cinquième jour qui suit la date de son envoi par la poste. La signification par télécopieur est réputée avoir été reçue le premier jour ouvrable qui suit la date de son envoi par télécopieur. Si le titulaire de permis n'a pas reçu

L'avis écrit de la décision du directeur dans les 28 jours suivant la réception de la demande de réexamen du titulaire de permis, chaque ordre est considéré comme confirmé par le directeur et le titulaire de permis est réputé avoir reçu une copie de cette décision à l'expiration de la période de 28 jours.

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

Commission d'appel et de révision des services de santé

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

et Directeur

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

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

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

Date de délivrance :**Signature de l'inspecteur :**

Original signé par

Nom de l'inspecteur ou de l'inspectrice :**Bureau régional de services :**