



**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 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

Ottawa Service Area Office
347 Preston St., 4th Floor
Ottawa ON K1S 3J4
Telephone: 613-569-5602
Facsimile: 613-569-9670

Bureau régional de services d'Ottawa
347, rue Preston, 4^e étage
Ottawa (Ontario) K1S 3J4
Téléphone : 613 569-5602
Télécopieur : 613 569-9670

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

Copie destinée au public modifiée

Date(s) du rapport	N° d'inspection	N° de registre	Type d'inspection
18 novembre 2015	2015_286547_0012 (A1)	O-002283-15 (A1)	Inspection de la qualité des services aux résidents

Titulaire de permis

CVH (No.6) GP Inc. as general partner of CVH (No.6) LP
c/o Southbridge Care Homes Inc. 766 Hespeler Road, Suite 301 CAMBRIDGE ON N3H

Foyer de soins de longue durée

**THE PALACE
92 Centre Street Alexandria K0C 1A0**

Inspectrice(s)

LISA KLUKE (547) – (A1)

Résumé de l'inspection modifié



**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***

La titulaire a demandé la prolongation de l'ordonnance CO #001 Inspection #2015_286547_0012 Log #O-002283-15. Basé sur le plan de la conformité d'accueil, nous allons accorder cette demande de prolongation au 3 Février, 2016 pour satisfaire aux exigences de conformité.

Date de délivrance : 18 novembre 2015 (A1)

Signature de l'inspectrice ou des inspectrices



**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 K1S 3J4
Telephone: (613) 569-5602
Facsimile: (613) 569-9670

Bureau régional de services d'Ottawa
347, rue Preston, 4^e étage
OTTAWA (Ontario) K1S 3J4
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
18 novembre 2015	2015_286547_0012 (A1)	O-002283-15	Inspection de la qualité des services aux résidents

Titulaire de permis

CVH (No. 6) GP Inc. en tant que partenaire général de CVH (No. 4) LP
a.s. de Southbridge Care Homes Inc., 766 Hespeler Road, Suite 301, Cambridge (Ontario) N3H 5L8

Foyer de soins de longue durée

The Palace
92, RUE CENTRE, ALEXANDRIA (ONTARIO) K0C 1A0

Inspecteur(s)/Inspectrice(s)

LISA KLUKE (547) - (A1)

Résumé de l'inspection



**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***

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

Cette inspection s'est tenue les 6, 7, 8, 9, 10, 13, 14, 15, 16, 17 et 20 juillet 2015.

L'inspection relative à une plainte figurant au registre O-0011578-15 et l'inspection de conformité 2642-000002-15 ont été menées simultanément durant cette inspection.

Au cours de l'inspection, l'inspectrice s'est entretenue avec plusieurs résidents, des familles, le président du conseil des résidents, le président du conseil des familles, du personnel infirmier autorisé et non autorisé, une aide-physiothérapeute, le coordonnateur des activités, la coordonnatrice de l'évaluation RAI, la directrice des soins, des aides-diététistes, des aides à l'entretien ménager, la personne à tout faire, les superviseurs des services environnementaux, l'adjoint administratif, ainsi que l'administrateur du foyer et un consultant en soins de longue durée auprès d'Extencicare.

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

- comportements réactifs;
- conseil des familles;
- conseil des résidents;
- dotation en personnel;
- facilitation des selles et soins liés à l'incontinence;
- 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;



**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***

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

9 AE
5 PRV
1 OC
0 RD
0 OTA

Au moment de l'inspection, les non-respects suivants avaient été corrigés :

EXIGENCE	TYPE DE MESURE	N° DE L'INSPECTION	N° DE L'INSPECTEUR/ INSPECTRICE
LFSLD, L.O. 2007, chap. 8, par. 15 (2)	OC 001	2014_289550_0031	547

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 à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 8 (Services infirmiers et services de soutien personnel).

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

8. (3) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qu'au moins une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé qui est à la fois un employé du titulaire de permis et un membre du personnel infirmier permanent du foyer soit de service et présent au foyer en tout temps, sauf disposition contraire des règlements. 2007, chap. 8, par. 8 (3).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'au moins une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé qui est à la fois un employé du titulaire de permis et un membre du personnel infirmier permanent du foyer soit de service et présent au foyer en tout temps, sauf disposition contraire des règlements.

Le 15 juillet 2015, l'adjoint administratif du foyer a fourni à l'inspectrice 133 les feuilles de temps bimensuelles du personnel autorisé pour la période du 3 mai 2015 au 25 juillet 2015.

Le 8 mai 2015, il n'y avait pas d'infirmière autorisée (IA) au foyer durant le quart de 15 h à 23 h.

Le 19 mai 2015, il n'y avait pas d'IA au foyer durant le quart de 15 h à 23 h.

Le 24 mai 2015, il n'y avait pas d'IA au foyer durant le quart de 15 h à 23 h.

Le 18 juin 2015, il n'y avait pas d'IA au foyer durant le quart de 23 h à 7 h.

Le 29 juin 2015, il n'y avait pas d'IA au foyer durant le quart de 7h à 15 h.

Le 30 juin 2015, il n'y avait pas d'IA au foyer durant le quart de 7h à 15 h.

Le 4 juillet 2015, il n'y avait pas d'IA au foyer durant le quart de 23 h à 7 h.

Le 5 juillet 2015, il n'y avait pas d'IA au foyer durant le quart de 23 h à 7 h.

L'inspectrice 133 a noté que pour tous les quarts susmentionnés, l'IA prévue avait été remplacée par une IAA (infirmière auxiliaire autorisée).

Le 10 juillet 2015, il n'y avait pas d'IA au foyer durant le quart de 7h à 15 h.

À 8 h 40, le 10 juillet 2015, quand l'inspectrice 545 est arrivée au foyer, la coordonnatrice de l'évaluation RAI du foyer, une IAA, a informé l'inspectrice qu'elle était l'infirmière en charge pour la journée et qu'il n'y avait pas d'IA sur les lieux à ce moment-là. À 10 h 11, le 10 juillet 2015, une consultante en soins de longue durée auprès d'Extendicare Assist, également infirmière autorisée, s'est présentée à l'inspectrice 545, indiquant qu'elle était arrivée récemment et qu'elle était là pour travailler le reste du quart de jour en tant qu'IA au foyer. Extendicare Assist est l'entreprise retenue à titre contractuel par le titulaire de permis pour la gestion du foyer. Il n'y avait pas d'IA au foyer de 7 h à 10 h.

Le 16 juillet 2015, le quart de travail de l'IA a été exécuté par l'IA de 7 h à 10 h, mais un(e) IAA a été affectée au quart de travail de l'IA pour la période de 10 h à 15 h.

Le 16 juillet 2015, l'inspectrice 133 s'est entretenue avec la directrice des soins au sujet de l'absence d'une IA durant les quarts de travail précisés. La directrice des soins a affirmé qu'elle veillait toujours à ce qu'il y ait sur place au moins un membre du personnel autorisé, que ce soit une IA ou une IAA. La directrice des soins a confirmé qu'elle connaissait l'obligation d'avoir une IA de service et présente au foyer en tout temps. La directrice des soins a expliqué qu'elle n'employait pas suffisamment d'IA pour demander d'autres IA chaque fois que l'une d'elles est en congé de maladie ou en vacances ou observe un jour férié.

La non-conformité générale décrite ici crée un risque pour les résidents du foyer. Au cours de la période précisée, il y a eu neuf quarts de travail durant lesquels l'infirmière autorisée (IA) qui était censée travailler a été remplacée par une infirmière auxiliaire autorisée (IAA) et un quart de travail durant lequel l'IA qui était censée travailler a été remplacée par une consultante en soins de longue durée d'Extendicare Assist, employée à titre contractuel par le titulaire de permis. [par. 8 (3)]

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 été modifié : OC 001

AE n° 2 : 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. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soit adopté, pour chaque résident, un programme de soins écrit qui établit ce qui suit :

- a) les soins prévus pour le résident;**
- b) les objectifs que visent les soins;**
- c) des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs au résident. 2007, chap. 8, par. 6 (1).**

6. (4) Le titulaire de permis veille à ce que le personnel et les autres personnes qui participent aux différents aspects des soins du résident collaborent ensemble :

- a) d'une part, à l'évaluation du résident de sorte que leurs évaluations s'intègrent les unes aux autres, soient compatibles et se complètent;**
- b) d'autre part, à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de soins de sorte que les différents aspects des soins s'intègrent les uns aux autres, soient compatibles et se complètent. 2007, chap. 8, par. 6 (4).**

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).

6. (10) Le titulaire de permis veille à ce que le résident soit réévalué et à ce que son programme de soins soit réexaminé et révisé tous les six mois au moins et à tout autre moment lorsque, selon le cas :

- a) un objectif du programme est réalisé;**
- b) les besoins du résident en matière de soins évoluent ou les soins prévus dans le programme ne sont plus nécessaires;**
- c) les soins prévus dans le programme se sont révélés inefficaces. 2007, chap. 8, par. 6 (10).**

6. (11) Lorsqu'un résident est réévalué et que son programme de soins est réexaminé et révisé :

- a) d'une part, les paragraphes (4) et (5) s'appliquent, avec les adaptations nécessaires, à l'égard de la réévaluation et de la révision;**

b) d'autre part, si le programme de soins fait l'objet d'une révision parce que les soins qui y sont prévus se sont révélés inefficaces, le titulaire de permis veille à ce que des méthodes différentes soient prises en considération dans le cadre de celle-ci. 2007, chap. 8, par. 6 (11).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins établisse des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs au résident.

Les 7, 8 et 9 juillet 2015, l'inspectrice 545 a vu un sac à usages multiples rouge dans la chambre du résident 004; sur le mur au-dessus du lit du résident, elle a vu le panneau à coccinelle rouge (une invitation à la prise de précautions contre l'infection formulée par la directrice des soins); l'inspectrice a également vu un chariot d'équipement de protection individuelle à l'extérieur de cette chambre à deux lits. Le panneau de précautions lors de contacts pour alerter les résidents et les visiteurs, qui indiquait de demander à une infirmière avant d'entrer dans cette chambre, a été trouvé dans le troisième tiroir du chariot d'équipement de protection individuelle.

L'inspectrice 545 a examiné le dossier de santé du résident et remarqué une note d'évolution concernant une entrée tardive pour un jour particulier de mars 2015, qui indiquait qu'un échantillon de la plaie de pression du résident 004 avait été pris et que les résultats étaient positifs pour une infection. Une note au dossier d'administration des traitements indiquait, un jour de juillet 2015, que la plaie de pression avait guéri.

Dans le programme de soins le plus récent du résident 004, il est documenté, dans la section concernant l'intégrité épidermique, que le résident 004 avait une plaie de pression de stade 2 et qu'il convient de se reporter au dossier des traitements pour avoir des directives concernant le changement du pansement. Il n'y avait là aucun renseignement sur les précautions à prendre en cas de contact avec cette infection lors de la prestation de soins au résident ni aucune indication que la plaie de pression avait guéri.

Lors d'un entretien le 9 juillet 2015, l'IA 109 a indiqué à l'inspectrice 545 que le résident était positif pour une infection lorsqu'il a subi un examen en mars 2015 et que ceci aurait dû être consigné au programme de soins et au dossier d'administration des médicaments. L'IA 109 a indiqué, un jour particulier de juillet 2015, que la plaie de pression avait guéri et que les précautions en cas de contact n'étaient plus nécessaires. L'IA 109 a également indiqué que le panneau à coccinelle et le chariot à usages multiples rouge auraient dû être retirés de la chambre du résident une fois la plaie de pression guérie, car ils ne servent pas à donner des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins au résident 004. [alinéa 6 (1) c)]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel et les autres personnes qui participent aux différents aspects des soins du résident collaborent ensemble à l'évaluation de la continence du

résident 005 de sorte que leurs évaluations s'intègrent les unes aux autres, soient compatibles et se complètent.

L'inspectrice 545 a examiné le dossier de santé du résident pour février 2015. Celui-ci indiquait que le résident souffrait d'incontinence fécale occasionnelle et d'incontinence urinaire fréquente et qu'il suivait un programme régulier d'aide à l'élimination avec l'utilisation de serviettes et de sous-vêtements. Une note d'évolution datant de mai 2015 indiquait que le résident continuait à souffrir d'incontinence fécale et des recommandations ont été faites par le personnel à la directrice des soins et dans le rapport de quart de travail pour que le résident participe à un programme d'aide à l'élimination. Sept jours plus tard, une évaluation des soins liés à la continence a été faite; celle-ci indiquait que le résident 005 souffrait d'incontinence urinaire et fécale occasionnelle et un programme personnalisé d'aide à l'élimination avec assistance physique a été recommandé. Une note indiquait également que le résident et son mandataire spécial étaient conscients du type de produit pour incontinence utilisé au foyer et avait exprimé son consentement à l'utilisation du produit offert.

Lorsqu'elle s'est entretenue avec le PSSP 111 le 10 juillet 2015 et avec le PSSP 115 le 14 juillet 2015, l'inspectrice 545 a appris que le résident ne participait pas à un programme régulier d'aide à l'élimination et qu'il portait un sous-vêtement pour incontinence urinaire et fécale. Les deux PSSP ont indiqué que, durant la journée, le résident était autonome en matière d'élimination, que souvent il jetait le sous-vêtement souillé par terre dans la chambre ou la salle de toilette qu'il partage avec une autre personne et qu'il était incapable de mettre un sous-vêtement sans être aidé. Le PSSP 111 a indiqué que le sous-vêtement avait des bandes en plastique et que le résident était capable de le baisser pour utiliser la toilette. Le PSSP 115 a indiqué que le sous-vêtement ne tenait pas bien et qu'il fallait des bretelles ou une ceinture pour faire tenir les pantalons, ce qui a également été reconnu en installant, au-dessus du lit du résident, une affiche indiquant de lui mettre des bretelles ou une ceinture. Les PSSP ont indiqué que le personnel infirmier autorisé était conscient de ce problème et qu'eux ne signalaient plus ces préoccupations.

Le 7 juillet 2015, l'inspectrice 545 a noté une odeur nauséabonde persistante près du résident 005.

Les 6, 7, 8, 9, 10 et 14 juillet 2015, une odeur nauséabonde persistante a également été notée dans la chambre et la salle de toilette que le résident partage avec une autre personne.

Lors d'un entretien avec l'inspectrice 545 le 9 juillet 2015, la coordonnatrice de l'évaluation RAI a indiqué que le résident n'avait pas participé à un programme régulier d'aide à l'élimination depuis plus d'un an et a plus tard confirmé, comme l'indiquait un examen des feuilles de cheminement du programme d'aide à l'élimination et des feuilles de cheminement des PSSP, que le résident éliminait sans être aidé. La coordonnatrice de l'évaluation RAI a indiqué que le résident prenait un laxatif émoullissant tous les jours et que cela avait éventuellement contribué à une incontinence diarrhéique fréquente. Elle a ajouté qu'elle communiquerait avec le médecin pour examiner la facilitation des selles.

Lors d'un entretien le 14 juillet 2015, l'infirmière en soins liés à l'incontinence et la directrice des soins ont indiqué que le programme de soins personnalisé du résident 005 visant à promouvoir et à gérer la continence fécale et urinaire n'était pas fondé sur l'évaluation effectuée par l'infirmière en soins liés à l'incontinence en mai 2015 et, contrairement à ce qui avait été suggéré, les recommandations du programme d'élimination n'avaient pas été mises en œuvre. Elle a indiqué qu'elle avait rempli les évaluations trimestrielles des soins liés à l'incontinence et ensuite fait ses recommandations à la directrice des soins, qui décidait qui participerait au programme d'aide à l'élimination au foyer. Elle a ajouté que, selon sa propre évaluation, le résident 005 devait participer à un programme d'aide à l'élimination; quant au résident 040, il était capable de marcher et de s'asseoir sur la toilette mais une déficience cognitive nécessitait qu'il reçoive l'aide du personnel pour se rappeler d'éliminer. La directrice des soins a indiqué que si l'infirmière en soins liés à l'incontinence avait recommandé le programme d'aide à l'élimination pour le résident 005, celui-ci aurait dû être mis en œuvre. La directrice des soins a également indiqué qu'en ce qui concerne les évaluations des résidents, le foyer devait examiner la communication au sein du service de soins infirmiers. [alinéa 6 (4) a)]

3. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins à l'égard de l'élimination soient fournis au résident 043 comme le précise son programme.

Comme il est indiqué dans le rapport d'incident grave que le foyer a fourni au directeur, le résident 043 a été amené à éliminer dans la salle de toilette du troisième étage un jour particulier de janvier 2015 et, étant resté sans surveillance un court moment, il est tombé de la chaise percée. Le résident a expliqué au personnel qu'il essayait de s'essuyer quand il est tombé de la toilette. Le résident a été envoyé à l'hôpital et diagnostiqué d'une fracture.

Le 15 juillet 2015, l'inspectrice 547 a examiné le dossier de santé qui était en place le jour de la chute et qui indiquait que, pour l'élimination, à compter d'octobre 2014, le résident ne devait pas être laissé sans surveillance sur la chaise percée. Le résident 043 présente plusieurs affections.

Le 16 juillet 2015, l'inspectrice 547 a interrogé la directrice des soins au sujet de l'enquête du foyer sur cet incident grave de chute avec blessure et a indiqué que la PSSP 121 avait laissé le résident 043 seul sur la chaise percée alors que le programme de soins indiquait précisément qu'il ne fallait pas faire cela. La PSSP 121 a indiqué qu'elle n'aurait pas dû laisser le résident seul mais qu'elle pensait que le résident serait en sécurité pendant ce court moment.

Ainsi, le résident 043 n'a pas reçu les soins prévus dans le programme de soins, ce qui a entraîné une chute avec fracture. [par. 6 (7)]

4. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme d'aide à l'élimination du résident 011 soit réévalué et à ce que le programme de soins soit réexaminé et révisé tous les six mois au moins et à

tout autre moment lorsque les besoins du résident en matière de soins évoluent ou les soins prévus dans le programme ne sont plus nécessaires.

Lors d'un entretien le 15 juillet 2015, le résident 011 a indiqué à l'inspectrice 545 que le personnel ne lui offrait plus la bassine lorsqu'il lui changeait son sous-vêtement, ce que le personnel fait après le déjeuner, quand le résident faisait une sieste au lit. Le résident 011 a indiqué que s'il avait une incontinence urinaire ou fécale, il en avait toujours conscience. Le résident a expliqué que, ne voulant pas faire d'histoires ni être un fardeau pour le personnel, il ne demandait plus la bassine.

L'inspectrice 545 a examiné le programme de soins le plus récent du résident 011, dans lequel il était documenté, dans la section concernant l'incontinence urinaire, que le résident 011 était au sec et confortable avec le programme régulier d'élimination offert par le personnel, qui utilise des sous-vêtements de taille moyenne et que le personnel devait remettre le résident au lit, permettre l'utilisation de la bassine, changer son sous-vêtement, donner des soins périnéaux et ajuster les vêtements. La section concernant l'incontinence fécale indiquait que le résident avait une incontinence occasionnelle mais qu'il était régulier en ce qui concerne l'élimination des selles. La section concernant l'élimination indiquait que le résident 011 demandait la bassine et nécessitait l'aide physique de deux personnes pour les transferts au lit au moyen d'un lève-personne mécanique pour utiliser la bassine. Le dossier de santé du résident indiquait que celui-ci présentait plusieurs affections, notamment de l'arthrite.

Lors d'un entretien le 15 juillet 2015, le PSSP 107 a indiqué à l'inspectrice 545 que cela faisait plus d'un an que le résident 011 n'utilisait plus la sonnette d'appel pour demander à utiliser la bassine. Le PSSP 107 a ajouté que ce résident savait quand son sous-vêtement était mouillé et qu'il fallait le changer deux fois durant le quart de travail de jour.

Le 15 juillet 2015, l'IAA 116 a indiqué à l'inspectrice 545 que cela faisait plus d'un an que le résident 011 ne demandait plus la bassine pour éliminer; le résident n'utilisait plus la bassine et son programme de soins aurait probablement dû être réexaminé.

Lors d'un entretien avec l'inspectrice 545 le 17 juillet 2015, la coordonnatrice de l'évaluation RAI, chargée de mettre à jour le programme de soins du résident trimestriellement au moyen des feuilles de données, a dit avoir l'impression que le personnel offrait la bassine au résident tous les jours.
[alinéa 6 (10) b)]

5. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le résident 040 soit réévalué et à ce que son programme de soins soit réexaminé lorsque les soins prévus dans celui-ci pour la prévention des chutes se sont révélés inefficaces ou à ce que des adaptations soient prises en considération dans la révision du programme de soins.

Le résident 040 a été admis au foyer en avril 2011 et qu'à cette date il présentait plusieurs affections, notamment un trouble neurologique et une déficience visuelle. Le résident a été reconnu comme étant

à risque élevé pour les chutes. Le résident 040 a fait plusieurs chutes qui ont été consignées durant une période se situant entre avril et juin 2015. Des évaluations ont été réalisées après chaque incident, cependant aucune évaluation des facteurs à l'origine de ces chutes n'a été documentée.

Les 8, 15 et 16 juillet 2015, l'inspectrice 545 a vu un siège surélevé en plastique (de type bulle) avec deux barres d'appui au-dessus de la cuvette dans la salle de toilette privée du résident 040. En poussant la barre d'appui la plus proche du lavabo, le siège de toilette s'est relevé.

Lors d'un entretien, le résident a indiqué qu'il était continent pour la vessie et l'intestin, qu'il était autonome en matière d'élimination et qu'il n'aimait pas demander de l'aide pour être transféré de son fauteuil roulant à la toilette. Le résident a dit avoir fait plusieurs chutes dans la salle de toilette, dont une lors de laquelle il a perdu l'équilibre et le siège de toilette est tombé de la toilette; cependant le siège de toilette n'a jamais été changé.

L'examen de la documentation consignée au dossier de santé du résident a révélé qu'un jour particulier de juin 2015, le résident était tombé dans la salle de toilette et le siège de toilette avait été trouvé par terre. L'évaluation qui a suivi cette chute indiquait que le résident était tombé pendant son transfert entre le siège de toilette surélevé et son fauteuil roulant. Le personnel a aidé le résident 040 à se rasseoir dans son fauteuil roulant, l'a prié de demander de l'aide pour ses transferts et de continuer les vérifications toutes les heures.

Le programme de soins le plus récent indiquait que le résident 040 manquait d'équilibre et de coordination, qu'il nécessitait une aide soutenue pour se déplacer et qu'il ne se conformait pas à l'obligation de demander de l'aide, d'assurer que la sonnette d'appel était à portée de main en tout temps et de faire des vérifications de la sécurité toutes les heures.

L'inspectrice 545 a interrogé la PSSP 117 le 16 juillet 2015 et celle-ci a indiqué que le résident 040 était autonome en matière d'élimination. Elle a indiqué que le résident 040 avait besoin d'aide le matin pour aller du lit au fauteuil roulant et qu'elle surveillait le résident au moins une fois par heure et qu'elle documentait cela sur une feuille de vérification des résidents à haut risque de chute. La PSSP 117 a indiqué qu'elle n'avait pas aidé le résident avec les transferts vers la toilette et, par conséquent, elle ne savait pas très bien comment le résident s'y prenait pour ces transferts.

L'aide à l'entretien ménager 123 a mis à l'essai le siège de toilette de la salle de toilette du résident 040 et a confirmé que le résident 040 pouvait l'utiliser sans danger après l'avoir attaché à la cuvette. Il a indiqué que le siège était retiré chaque jour pendant le nettoyage de la toilette et qu'il n'était probablement pas toujours attaché assez fermement à la cuvette, ajoutant qu'il fallait tourner le bouton en plastique sur la partie avant du siège jusqu'à ce qu'il soit juste au bon endroit, sinon le siège allait se soulever et rendre son utilisation non sécuritaire.

Le superviseur des services environnementaux et l'aide-physiothérapeute ont indiqué à l'inspectrice, le 16 juillet 2015, que ce n'était pas à eux de déterminer quel appareil ou accessoire fonctionnel convenait au résident et que c'était au personnel infirmier de le faire.

Le 16 juillet 2015, l'IAA 110 a accompagné l'inspectrice 545 pour examiner le siège de toilette surélevé du résident 040. En essayant de bouger le siège de toilette, l'IAA a indiqué qu'il s'était déplacé d'un côté à l'autre et qu'il n'était pas correctement attaché à la cuvette. Cette IAA a ajouté que souvent ces sièges de toilette surélevés (de type bulle avec barres d'appui) étaient mal adaptés aux cuvettes. Elle a indiqué que le résident 040 n'avait jamais été réévalué pour savoir si l'appareil ou accessoire fonctionnel était suffisamment adéquat pour assurer sa sécurité lorsqu'il s'en servait de façon autonome pour ses transferts. [alinéa 6 (11) 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 programme de soins fournit des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs aux résidents, que les résidents sont réévalués lorsque leurs besoins en matière de soins évoluent et que les soins prévus dans ces programmes sont fournis aux résidents. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.

AE n° 3 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement de l'Ontario 79/10, art. 13. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque chambre à coucher occupée par plus d'un résident soit dotée d'un nombre suffisant de rideaux de séparation pour assurer l'intimité de chaque résident. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 13.

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que chaque chambre à coucher occupée par plus d'un résident soit dotée d'un nombre suffisant de rideaux de séparation pour assurer l'intimité de chaque résident.

Le 6 juillet 2015, l'inspectrice 545 a noté qu'il manquait deux pieds au rideau de séparation de la chambre à deux lits 208-1 et que le résident 012 avait indiqué qu'il ne s'habillait plus à son chevet et qu'il allait s'habiller aux toilettes pour avoir son intimité.

Le 7 juillet 2015, l'inspectrice 545 a noté qu'il manquait un panneau complet au rideau de séparation de la chambre à deux lits 207-3, entre les deux résidents qui partagent cette chambre.

Le 8 juillet 2015, l'inspectrice 545 a noté que dans la chambre à deux lits 201-1, il manquait un rideau de séparation entre le lit de ce résident et la porte donnant sur le couloir.

Le 8 juillet 2015, l'inspectrice 547 a noté que le rideau de séparation de la chambre à deux lits 301-1 montrait un espace de quatre pieds le long de la partie avant du lit du résident.

Le 8 juillet 2015, l'inspectrice 547 a noté que dans la chambre à deux lits 214-1, il était impossible de fermer le rideau de séparation devant le lit du résident en raison de plusieurs crochets à rideau non utilisés qui bloquaient la glissière.

Le 8 juillet 2015, l'inspectrice 547 a noté que le rideau de séparation de la chambre à deux lits 216-2 avait un crochet non utilisé qui était coincé dans la glissière et qui ne permettait pas de tirer le rideau devant le lit du résident.

Le 13 juillet 2015, quand l'inspectrice 547 a interrogé le chef des services environnementaux au sujet des rideaux de séparation des chambres à deux lits susmentionnées, celui-ci a indiqué qu'il n'avait pas reçu d'avis par l'entremise du système de communication interne du foyer pour que le service d'entretien vienne réparer ou remplacer ces rideaux de séparation. Le chef des services environnementaux a indiqué que, lorsqu'un membre du personnel remarque un rideau de séparation manquant ou ne fonctionnant pas de manière à assurer l'intimité des résidents, il s'attendait à ce que ce membre du personnel place une note dans le système de tâches PM du foyer pour informer immédiatement le service d'entretien de la réparation à effectuer. Le chef des services environnementaux a indiqué qu'il n'y avait pas de raison qu'il manque des rideaux de séparation puisqu'il a une boîte de nouveaux rideaux prêts à accrocher au foyer. [art. 13]

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 chaque chambre à coucher occupée par plus d'un résident soit dotée d'un nombre suffisant de rideaux de séparation pour assurer l'intimité de chaque résident. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.

AE n° 4 : 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 toujours propres et sanitaires.

Le 13 juillet 2015, l'inspectrice 133 a observé la salle de toilette commune de deux chambres à coucher et remarqué une légère odeur de matières fécales. Il n'y avait rien dans la toilette. Il y avait des matières fécales sur le cadre de la porte donnant sur l'une des chambres. De plus, il y avait une petite quantité de matières fécales sur l'extérieur de la poubelle. Le 15 juillet 2015, l'inspectrice 133 est retournée dans la salle de toilette avec la personne à tout faire du foyer. Il n'y avait pas d'odeur persistante. Les matières fécales sur le cadre de porte et sur la poubelle étaient toujours là, plus foncées et sèches.

Le 13 juillet 2015, l'inspectrice 133 a observé la salle de toilette des visiteurs (à gauche) du rez-de-chaussée. Le bas du mur à droite de la toilette était sale et présentait, par endroits, de la matière rouge et de la matière brune sèches. L'angle supérieur gauche du distributeur de papier hygiénique était sale et portait une accumulation de matière brune sèche. En dessous et à droite du distributeur de papier hygiénique gauche, le mur était sale et présentait, par endroits, de la matière brune sèche. L'angle inférieur droit de la plaque de l'interrupteur était sale et couvert de matière brune sèche.

Le 17 juillet 2015, en compagnie de la personne à tout faire du foyer, l'inspectrice 133 est allée dans la salle de toilette des visiteurs immédiatement après que celle-ci a été nettoyée. Tous les problèmes décrits précédemment étaient encore présents. La personne à tout faire a fait un suivi auprès du responsable de l'entretien ménager et les lieux ont été nettoyés.

Le 13 juillet 2015, l'inspectrice 133 a noté qu'il y avait un problème généralisé concernant l'accumulation de petits insectes morts et de toiles d'araignée à l'intérieur et autour des fenêtres dans les chambres de certains résidents et dans les aires communes des unités du deuxième et du troisième étages :

- Dans deux chambres à coucher du deuxième étage, une lourde accumulation d'insectes morts a été observée entre les fenêtres et dans les glissières des fenêtres.
- Dans la salle à manger du troisième étage, à la fenêtre coulissante la plus proche de la dépense, à proximité d'une table de la salle à manger, l'espace entre les fenêtres intérieures et extérieures était sale et couvert d'une très lourde accumulation d'insectes morts, les moustiquaires étaient sales et

couvertes d'une accumulation d'insectes morts et les fenêtres extérieures étaient sales et couvertes d'une très lourde accumulation d'insectes morts et de toiles d'araignée.

- Dans la salle à manger du troisième étage, aux tables 1 et 2, les fenêtres extérieures du bas (fixes) étaient sales et couvertes d'une très lourde accumulation d'insectes morts et de toiles d'araignée et les moustiquaires de fenêtres à battants et manivelle du haut étaient sales et couvertes d'une accumulation d'insectes morts.
- Dans la dépense de la salle à manger du troisième étage, les fenêtres coulissantes étaient sales et couvertes d'une lourde accumulation d'insectes morts dans les glissières, entre les fenêtres et sur les moustiquaires.
- Dans la salle de bain du troisième étage, le luminaire à l'entrée et les appareils d'éclairage au-dessus de la baignoire étaient sales et couverts d'une accumulation d'insectes morts.
- Les fenêtres de la salle à manger du deuxième étage, qui donne sur la façade du foyer, étaient dans un état semblable à celui des fenêtres de la salle à manger du troisième étage.
- Dans la salle à manger du deuxième étage, sur le plafonnier à l'entrée de la chambre, il y avait une accumulation d'insectes morts.
- Dans le salon du deuxième étage, les fenêtres donnant sur la rue étaient dans un état semblable à celui des fenêtres de la salle à manger du troisième étage, mais l'accumulation à la surface, à l'intérieur et à l'extérieur des fenêtres donnant sur le côté du foyer n'était pas aussi prononcée.
- Dans le salon du deuxième étage, les luminaires étaient tous sales et couverts d'une accumulation d'insectes morts, surtout les deux luminaires les plus proches des fenêtres donnant sur la rue.

Il est noté que l'inspectrice n'a pas examiné les fenêtres des chambres à coucher de l'unité de soins du troisième étage.

Le 16 juillet 2015, le superviseur des services environnementaux du foyer a informé l'inspectrice 133 que les fenêtres extérieures étaient nettoyées une fois par an en octobre.

Le 16 juillet 2015, l'administrateur a accompagné l'inspectrice 133 pour une visite d'observation des fenêtres des salles à manger du deuxième et du troisième étages. L'administrateur a indiqué que des mesures immédiates seraient prises pour résoudre la situation.

Le 16 juillet 2015, l'inspectrice 133 s'est rendue dans la salle de bain partagée de deux chambres à coucher du deuxième étage pour essayer de mesurer un espace ouvert, qui avait été observé auparavant, entre le bord du plancher, derrière la toilette, et le mur. Sur la toilette, il y avait un siège surélevé qui empêchait l'inspectrice d'atteindre la partie arrière. L'inspectrice 133 a retiré le siège de toilette surélevé et noté qu'à trois endroits sur le rebord de la toilette, il y avait une accumulation de matière brune qui semblaient attribuables à la corrosion des vis à la base du siège de toilette surélevé. Le siège de toilette surélevé avait une forte odeur d'urine. Une fois le siège surélevé retiré, l'inspectrice 133 n'a quand même pas pu atteindre la partie arrière de la toilette et a donc tenté de remettre le siège en place. Comme le siège a été déplacé plusieurs fois vers l'avant et vers l'arrière, une grande quantité de liquide brun s'est échappée du disque d'ajustage à l'avant du siège de toilette

surélevé. L'inspectrice 133 a utilisé des serviettes en papier pour essuyer l'essentiel du liquide brun, consciente du risque de glissade et de chute, et a fait venir le superviseur des services environnementaux.

L'inspectrice 133 est retournée dans cette salle de bain avec le superviseur des services environnementaux, qui a expliqué que les sièges de toilette surélevés étaient censés être nettoyés tous les jours. Le superviseur des services environnementaux a vu que le rebord de la toilette était sale, que le siège de toilette surélevé était très malodorant et que visiblement il n'avait pas été nettoyé depuis un moment. Le liquide brun a continué à dégoutter pendant qu'on manipulait le siège de toilette. Le superviseur des services environnementaux a indiqué qu'il ferait immédiatement un suivi auprès du service d'entretien ménager. [alinéa 15 (2) a)]

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, l'ameublement et le matériel sont toujours propres et sanitaires. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.

AE n° 5 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement de l'Ontario 79/10, art. 16. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque fenêtre du foyer qui ouvre sur l'extérieur et à laquelle ont accès les résidents soit dotée d'une moustiquaire et à ce qu'elle ne puisse pas être ouverte de plus de 15 centimètres. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 16; Règl. de l'Ont. 363/11, art. 3.

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que qui ouvre sur l'extérieur et à laquelle ont accès les résidents soit dotée d'une moustiquaire et à ce qu'elle ne puisse pas être ouverte de plus de 15 centimètres.

Le 13 juillet 2015, l'inspectrice 133 a vu que la majorité des fenêtres coulissantes des chambres à coucher de l'unité de soins du deuxième étage pouvaient être ouvertes de plus de 15 centimètres et que l'une d'elles n'avait pas de moustiquaire. En raison d'une éclosion active de maladie respiratoire qui touchait l'unité de soins du troisième étage, l'inspectrice n'a pas examiné les fenêtres des chambres à coucher de cette unité.

- Dans la chambre à coucher 217, la fenêtre de droite s'ouvrait de 27 centimètres (cm) et celle de gauche, qui n'avait pas de moustiquaire, s'ouvrait de 77 cm.
- Dans la chambre à coucher 218, la fenêtre de droite s'ouvrait de 20 cm.

- Dans la chambre à coucher 208, la fenêtre de droite s'ouvrait de 19 cm.
- Dans la chambre à coucher 204, la fenêtre de droite s'ouvrait de 21 cm.
- Dans la chambre à coucher 214, la fenêtre de droite s'ouvrait de 18 cm.
- Dans la chambre à coucher 212, la fenêtre de droite s'ouvrait de 21 cm.
- Dans la chambre à coucher 206, la fenêtre de droite s'ouvrait de 22 cm.
- Dans la chambre à coucher 202, la fenêtre de droite s'ouvrait de 25 cm.
- Dans la chambre à coucher 215, il y avait un climatiseur dans la fenêtre de droite et celle-ci glissait vers la gauche sans restriction.
- Dans la salle à manger du deuxième étage, aux fenêtres coulissantes les plus proches de la dépense, la fenêtre de droite s'ouvrait de 17cm.

Les fenêtres coulissantes des chambres à coucher et des aires communes sont celles que le foyer appelle les nouvelles fenêtres, comme il a été dit lors d'un entretien avec le superviseur des services environnementaux. Dans certaines chambres à coucher et certaines aires communes, les « vieilles » fenêtres sont une fenêtre fixe du bas et une fenêtre à battants et manivelle du haut.

Ces fenêtres à manivelle ne sont pas restreintes et peuvent être ouvertes complètement. Quand elles sont complètement ouvertes, il y a un petit espace ouvert à gauche de la fenêtre et un plus grand espace ouvert à droite de la fenêtre. Le 15 juillet 2015, avec l'aide de la personne à tout faire du foyer, dans la salle à manger du deuxième étage, l'inspectrice a mesuré l'ouverture à droite d'une fenêtre complètement ouverte et cette ouverture faisait 30 cm.

Ces fenêtres sont conçues de façon que, si on les ouvre de plus d'une moitié, le bras de l'opérateur à manivelle sort de sa glissière et se déboîte. Ceci oblige à enlever la moustiquaire et à manipuler la fenêtre pour que le bras de l'opérateur à manivelle se remette en place dans la glissière. C'est pourquoi l'inspectrice 133 n'a pas mesuré les autres fenêtres à manivelle dans leur position complètement ouverte. Toutes ces fenêtres sont de conception identique.

Dans l'unité de soins du deuxième étage, l'inspectrice 133 a observé ce style de fenêtre dans quatre chambres à coucher du deuxième étage. Ce style de fenêtres est également celui qu'on retrouve dans les salles à manger du deuxième et du troisième étages, ainsi que dans les chambres à coucher de l'unité de soins du troisième étage.

La hauteur de ces fenêtres a été notée et permet probablement de réduire le risque général que présentent les fenêtres sans restriction, particulièrement dans les chambres à coucher. Dans les salles à manger, les fauteuils des salles à manger sont facilement accessibles et permettraient aux résidents mobiles d'atteindre facilement une fenêtre de ce type.

Le 16 juillet 2015, l'inspectrice 133 a discuté des restrictions des fenêtres avec le superviseur des services environnementaux. Celui-ci a fait savoir qu'il avait revisité les fenêtres coulissantes de toutes les chambres à coucher ce matin-là et avait restreint leur ouverture à 15 cm. Le superviseur des

services environnementaux a fait savoir qu'il avait examiné divers moyens de restreindre l'ouverture des fenêtres à manivelle mais qu'il ne parvenait pas à imaginer une solution, vu la façon dont elles sont conçues. À ce moment-là, le superviseur des services environnementaux et l'inspectrice ont discuté de la nécessité de restreindre l'ouverture des fenêtres suivantes à 15 cm également : celles de la salle d'activités du rez-de-chaussée, celles du salon privé du rez-de-chaussée et celles des autres aires auxquelles les résidents ont accès au foyer. La fenêtre à battants et manivelle du salon privé n'était pas restreinte et était ouverte complètement pour permettre une ouverture à droite d'environ 30 cm. La base de cette fenêtre était à environ 115 cm du plancher. Un fauteuil est situé directement sous cette fenêtre. Le superviseur des services environnementaux a indiqué que, dans la salle d'activités, les fenêtres du bas n'avaient pas été restreintes non plus. Ces fenêtres n'ont pas été mesurées par l'inspectrice. [art. 16]

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 chaque fenêtre du foyer qui ouvre sur l'extérieur et à laquelle ont accès les résidents soit dotée d'une moustiquaire et à ce qu'elle ne puisse pas être ouverte de plus de 15 centimètres. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.

AE n° 6 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement de l'Ontario 79/10, art. 229 (Programme de prévention et de contrôle des infections).

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

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

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel utilise l'équipement de protection individuelle dans le cadre de la mise en œuvre du programme de prévention et de contrôle des infections lié à l'éclosion de maladie respiratoire parmi les résidents.

Le 7 juillet 2015, le directeur des soins a informé l'inspectrice 547 que le troisième étage du foyer était frappé par une éclosion de maladie respiratoire qui touchait six résidents.

Le 9 juillet 2015, l'inspectrice 547 a noté qu'il y avait plusieurs bacs d'équipement de protection individuelle dans le couloir du troisième étage et qu'un panneau collé à la partie supérieure de ces

bacs invitait tous les visiteurs à signaler leur présence au personnel infirmier pour le contrôle des infections et à porter un masque, une blouse et des gants en présence de résidents infectés. Il n'y avait à proximité de la chambre à coucher ou du lit du résident aucune autre indication de l'éclosion qui touchait les résidents et aucun moyen d'en informer le personnel et les visiteurs du foyer. L'aide à l'entretien ménager 105 nettoyait près du résident 024 et a été identifiée comme ne portant pas l'équipement de protection individuelle prévu dans les précautions requises en présence d'une éclosion de maladie respiratoire. L'employée 105 a indiqué à l'inspectrice 547 qu'elle ne savait pas quels résidents avaient des symptômes respiratoires. L'employée 105 a également indiqué qu'elle portait des gants pour nettoyer dans ces chambres et a expliqué que ceux-ci lui servaient d'équipement pour prévenir la propagation de l'infection et qu'elle n'avait pas besoin de porter un masque ou une blouse étant donné qu'elle n'est pas au contact direct du résident lorsqu'elle travaille. L'employée 105 nettoyait à moins d'un mètre du résident 024.

Le 9 juillet 2015, l'inspectrice 547 a vu les PSSP 103 et 104 entrer sans équipement de protection individuelle dans une chambre à coucher du troisième étage pour fournir des soins à un résident infecté. Ces mêmes membres du personnel sont également allés, sans équipement de protection individuelle, dans la chambre d'un autre résident infecté, au troisième étage, pour fournir des soins à ce dernier. Les résidents de ces chambres nécessitent le port d'un masque, d'une blouse et de gants comme précautions en présence d'une éclosion de maladie respiratoire, comme l'indiquent les panneaux sur leurs bacs d'équipement de protection individuelle respectifs. Les employés 103 et 104 ont indiqué qu'il était difficile de savoir en présence de quels résidents il faut porter l'équipement de protection individuelle et en présence desquels ce n'est pas nécessaire, car les bacs sont constamment déplacés dans le couloir; en effet, il y a un autre résident de cet étage qui n'arrête pas de les déplacer. L'inspectrice 547 a noté que les bacs d'équipement de protection individuelle dans le couloir des résidents du troisième étage n'étaient pas à l'extérieur des chambres des résidents autour desquels le port de cet équipement est obligatoire. L'inspectrice 547 a interrogé les PSSP suivants, au troisième étage, aujourd'hui : les PSSP 101, 102, 103 et 104, qui ont indiqué que le seul moyen de savoir si une personne fait l'objet de précautions est de regarder à son chevet s'il y a le pictogramme en forme de coccinelle et les résidents touchés par l'éclosion de maladie respiratoire portent un bracelet jaune au poignet.

Le 10 juillet 2015, l'inspectrice 547 a examiné la liste établie pour l'éclosion de maladie respiratoire pour y inclure deux résidents d'une chambre à deux lits particulière. L'inspectrice 547 n'a vu aucun panneau au-dessus du lit de l'un ou l'autre des résidents touchés, dans cette chambre, elle n'en a pas vu non plus sur la porte et n'a pas vu de bac d'équipement de protection individuelle à l'extérieur de leur chambre pour indiquer que le port d'équipement de protection individuelle était requis. L'inspectrice 547 a interrogé l'IA 113 et l'IAA 110, qui ont indiqué que l'équipement de protection individuelle devait être gardé à l'extérieur de la chambre à deux lits de ces résidents et que le panneau collé à la partie supérieure du bac d'équipement de protection individuelle devait être remis sur la porte pour mettre en garde tous les visiteurs et le personnel et les inviter à consulter le personnel infirmier pour savoir s'ils doivent porter un équipement de protection individuelle. Les employés 113

et 110 ont indiqué que les deux résidents de cette chambre devaient avoir, au-dessus de leurs lits et sur leur porte, un pictogramme avertissant le personnel et les visiteurs d'une éclosion.

Le 13 juillet 2015, l'inspectrice 547 a vu l'IAA 100 donner un médicament aux résidents 024 et 046, pour lesquels des précautions devaient être prises en raison d'une maladie respiratoire identifiée, et aucun équipement de protection individuelle n'a été utilisé. L'IAA 100 se trouvait à moins d'un mètre de ces résidents qu'on a vus tousser durant l'administration de leurs médicaments. Le résident 046 ne portait pas de bracelet jaune non plus pour indiquer au personnel et aux visiteurs qu'il présentait des symptômes liés à l'éclosion de maladie respiratoire.

Le 13 juillet 2015, l'inspectrice 547 a interrogé la directrice des soins, chargée du contrôle des infections au foyer, qui a indiqué que tous les membres du personnel devaient porter un masque, des gants et une blouse de protection jaune lorsqu'ils travaillent à moins d'un mètre des résidents touchés par l'éclosion de maladie respiratoire. La procédure du foyer consistait à appliquer un bracelet jaune au poignet des résidents touchés, à placer un pictogramme au-dessus de leurs lits et à placer un papier portant leur numéro de chambre dans le tiroir supérieur du bac d'équipement de protection individuelle pour que le personnel soit prévenu. La directrice des soins a indiqué que le foyer appelait le procureur aux soins ou le mandataire spécial des résidents touchés lorsque ceux-ci faisaient l'objet de précautions et qu'un bac d'équipement de protection individuelle devait être placé à l'extérieur de leur chambre.

Le 14 juillet 2015, l'inspectrice 547 a vu le résident d'une chambre du troisième étage se faire évaluer pour une prothèse auditive et une partenaire ou visiteuse de l'extérieur qui est venue évaluer les prothèses auditives a indiqué qu'elle n'était pas au courant de l'éclosion au foyer. Des panneaux d'avertissement d'éclosion ont été vus sur les portes avant et arrière du foyer ce matin. Des panneaux sont également affichés à l'entrée de l'aire résidentielle. Cette partenaire ou visiteuse de l'extérieur a indiqué qu'elle avait plusieurs résidents au foyer et qu'elle aurait dû demander à l'infirmière, quand elle est arrivée, qui était touché par l'éclosion de maladie respiratoire. [par. 229 (4)]

Autres mesures requises :

PRV – Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de redressement visant à assurer que le personnel utilise l'équipement de protection individuelle pour participer à la mise en œuvre du programme de prévention et de contrôle des infections. Ce plan de redressement doit être mis en application volontairement.

AE n° 7 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement de l'Ontario 79/10, 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 :

2. Toutes les portes donnant sur les aires non résidentielles doivent être dotées de verrous pour empêcher leur accès non supervisé par les résidents et elles doivent être gardées fermées et verrouillées quand elles ne sont pas supervisées par le personnel. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 9; Règl. de l'Ont. 363/11, par. 1 (1, 2).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les portes donnant sur les aires non résidentielles soient gardées fermées et verrouillées quand elles ne sont pas supervisées par le personnel.

Le 6 juillet 2015, durant la visite initiale du foyer pour l'inspection de la qualité des services aux résidents, l'inspectrice 550 a vu qu'une demi-porte donnant sur la dépense du deuxième étage était ouverte, non verrouillée et non surveillée par le personnel à 10 h 30, quand une table à vapeur fonctionnelle était très chaude au toucher à la suite du petit-déjeuner qui avait été servi ce jour-là. À ce moment-là, l'inspectrice a vu un résident qui se promenait en fauteuil roulant dans la salle à manger.

Durant cette même visite, l'inspectrice 545 a noté que des portes donnant sur des locaux d'entreposage dans le couloir, près de la chambre 211 au deuxième étage et de la chambre 311 au troisième étage, n'étaient ni verrouillées ni supervisées par le personnel.

Le 13 juillet 2015 durant une visite du deuxième étage, l'inspectrice 547 a interrogé le superviseur des services environnementaux et la personne à tout faire au sujet des portes non verrouillées des locaux d'entreposage et de la dépense qui avaient été notées lors de la visite initiale du foyer le 6 juillet 2015. Le superviseur des services environnementaux a indiqué que ces portes auraient dû être verrouillées étant donné que chacune d'elles est dotée d'un dispositif de verrouillage et que le personnel infirmier autorisé de ces unités a une clé pour y accéder au besoin.

Le superviseur des services environnementaux a indiqué qu'il examinerait les locaux d'entreposage et les portes de la dépense des deux étages pour assurer qu'elles sont verrouillées et qu'il aborderait ce sujet avec la directrice des soins pour en discuter avec le personnel infirmier. [par. 9 (1) 2]

AE n° 8 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement de l'Ontario 79/10, art. 34 (Soins buccaux).

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

34. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque résident du foyer reçoive des soins buccaux lui permettant de conserver l'intégrité des tissus buccaux, lesquels comprennent ce qui suit :

- a) les soins de la bouche matin et soir, notamment le nettoyage des prothèses dentaires;**
- b) une aide physique ou des conseils pour aider tout résident qui, pour quelque raison que ce soit, ne peut pas se brosser les dents;**
- c) une offre d'évaluation dentaire annuelle et d'autres services dentaires préventifs, sous réserve de l'autorisation du paiement par le résident ou son mandataire spécial, si un paiement est exigé. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 34 (1).**

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soit offerts au résident 005 une évaluation dentaire annuelle et d'autres services dentaires préventifs.

Le résident 005 présente plusieurs affections, ainsi qu'une déficience cognitive.

Le 10 juillet 2015, l'inspectrice 545 a vu que le résident 005 avait plusieurs problèmes dentaires apparents.

Selon l'évaluation dentaire la plus récente réalisée par l'IAA 106 un jour de mai 2015, le résident avait des problèmes dentaires et les recommandations suivantes avaient été documentées : le résident requiert une aide pour les soins buccaux et dentaires et devrait être aiguillé vers le dentiste ou l'hygiéniste dentaire.

Lors d'un entretien le 10 juillet 2015, l'IAA 106 a indiqué à l'inspectrice 545 qu'elle avait réalisé une évaluation dentaire en mai 2015. Elle a ajouté qu'elle avait recommandé que le résident soit suivi par un dentiste ou une hygiéniste dentaire. Elle a indiqué qu'elle n'avait pas discuté de ses constatations et de ses recommandations avec la famille du résident parce qu'elle croyait que c'était à la coordonnatrice de l'évaluation RAI de le faire.

Le 10 juillet 2015, la coordonnatrice de l'évaluation RAI a indiqué à l'inspectrice 545 qu'elle utilisait les renseignements de l'évaluation dentaire pour remplir l'évaluation RAI-MDS 2.0. Elle a ajouté qu'elle n'avait pas communiqué avec la famille du résident au sujet de la recommandation de l'IAA parce que c'était à l'évaluatrice de le faire.

Lors d'un entretien le 14 juillet 2015, la directrice des soins a indiqué que le foyer n'offrait pas d'évaluations dentaires annuelles, que Multi-Gen (un fournisseur externe) avait cessé de venir au foyer environ quatre ans auparavant. La directrice des soins a indiqué qu'elle ne savait pas que le foyer devait veiller à ce que des évaluations dentaires annuelles soient offertes aux résidents.

[alinéa 34 (1) c)]

AE n° 9 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règlement de l'Ontario 79/10, art. 87 (Entretien ménager).

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

87. (2) Dans le cadre du programme structuré de services d'entretien ménager prévu à l'alinéa 15 (1) a) de la Loi, le titulaire de permis veille à ce que soient élaborées et mises en œuvre des marches à suivre visant ce qui suit :

d) l'élimination des odeurs nauséabondes persistantes. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 87 (2); Règl. de l'Ont. 363/11, par. 6 (1).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des procédures soient mises en œuvre en réponse aux incidents d'odeurs nauséabondes persistantes.

Le 16 juillet 2015 à 16 h et le 17 juillet 2015 à 9 h 30, l'inspectrice 545 a observé une odeur nauséabonde persistante dans la chambre d'un résident du troisième étage.

Lors d'un entretien le 17 juillet 2015, la PSSP 127 a dit savoir qu'il y avait une odeur nauséabonde persistante dans cette chambre. Elle a ajouté que le résident 041 mettait toujours le réceptacle d'urine dans la poubelle à côté de son lit la nuit et que ce réceptacle se renversait souvent par terre et dans la petite poubelle à son chevet.

Le 17 juillet 2015, l'aide à l'entretien ménager 126 a dit savoir, elle aussi, qu'il y avait une odeur nauséabonde persistante dans cette chambre et qu'elle utilisait un produit qui s'appelait Clorox Urine Remover for Stain and Odour pour nettoyer la poubelle et le sol tous les jours mais que cela n'éliminait pas l'odeur. Elle a plus tard indiqué à l'inspectrice qu'en son absence, la semaine précédente, un nouveau produit avait été livré et que ce produit s'appelait Chemspec Urine Contamination Treatment Spray. Elle a indiqué qu'elle ne s'en était pas encore servi car elle avait des réserves à propos de ce produit qu'elle pensait toxique pour l'environnement mais qu'elle n'avait pas encore parlé de cela avec le superviseur des services environnementaux. [s. 87. (2) d)]

2. Les 7 et 8 juillet 2015, l'inspectrice 545 a remarqué qu'il y avait une odeur nauséabonde d'urine dans la salle de toilette commune de deux chambres à coucher du deuxième étage.

Le 13 juin 2015, l'inspectrice 133 a également observé la salle de toilette commune de ces chambres à coucher et remarqué qu'il y avait une odeur nauséabonde d'urine.



**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 16 juin, l'inspectrice 133 est allée dans cette salle de toilette avec le superviseur des services environnementaux et il y avait une odeur nauséabonde d'urine. Le superviseur des services environnementaux a indiqué que cette salle de toilette était connue pour son problème chronique et persistant d'odeur d'urine. Il a été noté que l'odeur d'urine était particulièrement forte autour de la toilette. En examinant de plus près, l'inspectrice et le superviseur des services environnementaux ont remarqué qu'à droite de la toilette, entre la toilette et le mur, il y avait de l'urine qui avait séché par terre. De plus, il manquait un morceau de carreau de sol dans le coin droit arrière et on voyait qu'il y avait un espace ouvert qui faisait environ 1,5 pouce de large sur environ 5 pouces de long entre la fin des carreaux de sol et la plinthe. La partie couverte d'urine sèche s'étendait jusqu'à cet espace ouvert. Après cette observation, la partie du sol à droite de la toilette a été nettoyée et le superviseur des services environnementaux a posé un morceau de carreau de sol pour couvrir l'espace ouvert. Après l'intervention de ce dernier, il n'y a plus eu d'odeur d'urine persistante dans cette salle de toilette.

Le 17 juin, l'inspectrice 133 a obtenu de l'administrateur la procédure écrite du foyer pour les incidents d'odeurs nauséabondes persistantes (politique n° HKLD-05-03-08 d'Extensicare concernant l'entretien ménager, version de septembre 2013). La procédure prévoit notamment un outil de surveillance des odeurs que le personnel doit utiliser pour déterminer la source des odeurs problématiques. L'inspectrice a demandé à l'administrateur si cette procédure avait été mise en œuvre pour la salle de toilette commune à laquelle il est fait référence précédemment et il a répondu qu'elle n'avait pas été appliquée.

Il a affirmé que si la procédure avait été mise en œuvre, on aurait trouvé la source de l'odeur et corrigé la situation. [alinéa 7 (2) d)]

Date de délivrance : 18 novembre 2015 (A1)

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) – (A1)
N° de registre :	O-002283-15 (A1)
N° du rapport d'inspection :	2015_286547_0012 (A1)
Type d'inspection :	Inspection de la qualité des services aux résidents
Date du rapport :	18 novembre 2015 (A1)
Titulaire de permis :	CVH (No. 6) GP Inc. en tant que partenaire général de CVH (No. 4) LP a.s. de Southbridge Care Homes Inc., 766 Hespeler Road, Suite 301, Cambridge (Ontario) N3H 5L8
Foyer de soins de longue durée :	The Palace 92, RUE CENTRE, ALEXANDRIA (ONTARIO) K0C 1A0
Nom de l'administrateur :	Terry Dube

Aux termes du présent document, CVH (No. 6) GP Inc. en tant que partenaire général de CVH (No. 4) LP 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) b)

Aux termes de la :

Loi de 2007 sur les foyes de soins de longue durée, par. 8 (3) : Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qu'au moins une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé qui est à la fois un employé du titulaire de permis et un membre du personnel infirmier permanent du foyer soit de service et présent au foyer en tout temps, sauf disposition contraire des règlements. 2007, chap. 8, par. 8 (3)

Ordre :

Le titulaire de permis est tenu de préparer, de présenter et de mettre en œuvre un plan prévoyant des stratégies pour assurer la conformité à l'obligation de prévoir qu'au moins une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé qui est à la fois un employé du titulaire de permis et un membre du personnel infirmier permanent du foyer soit de service et présent au foyer en tout temps, sauf disposition contraire des règlements.

Le plan doit inclure toutes les stratégies de recrutement et de rétention du personnel. En attendant de se conformer à cette obligation, le titulaire de permis doit avoir un plan de dotation qui prévoit une couverture en cas d'urgence dans la gestion de l'absentéisme du personnel infirmier autorisé.

Ce plan doit être présenté par écrit à Lisa Kluge, inspectrice de foyer de soins de longue durée, au 347, rue Preston, 4^e étage, Ottawa (Ontario) K1S 3J4, ou par télécopieur au 1 613 569-9670, au plus tard le 12 août 2015.

Motifs :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'au moins une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé qui est à la fois un employé du titulaire de permis et un membre du personnel infirmier permanent du foyer soit de service et présent au foyer en tout temps, sauf disposition contraire des règlements.

Le 15 juillet 2015, l'adjoint administratif du foyer a fourni à l'inspectrice 133 les feuilles de temps bimensuelles du personnel autorisé pour la période du 3 mai 2015 au 25 juillet 2015.

Le 8 mai 2015, il n'y avait pas d'infirmière autorisée (IA) au foyer durant le quart de 15 h à 23 h.

Le 19 mai 2015, il n'y avait pas d'IA au foyer durant le quart de 15 h à 23 h.

Le 24 mai 2015, il n'y avait pas d'IA au foyer durant le quart de 15 h à 23 h.

Le 18 juin 2015, il n'y avait pas d'IA au foyer durant le quart de 23 h à 7 h.

Le 29 juin 2015, il n'y avait pas d'IA au foyer durant le quart de 7h à 15 h.

Le 30 juin 2015, il n'y avait pas d'IA au foyer durant le quart de 7h à 15 h.

Le 4 juillet 2015, il n'y avait pas d'IA au foyer durant le quart de 23 h à 7 h.

Le 5 juillet 2015, il n'y avait pas d'IA au foyer durant le quart de 23 h à 7 h.

L'inspectrice 133 a noté que pour tous les quarts susmentionnés, l'IA prévue avait été remplacée par une IAA (infirmière auxiliaire autorisée).

Le 10 juillet 2015, il n'y avait pas d'IA au foyer durant le quart de 7h à 15 h.

À 8 h 40, le 10 juillet 2015, quand l'inspectrice 545 est arrivée au foyer, la coordonnatrice de l'évaluation RAI du foyer, une IAA, a informé l'inspectrice qu'elle était l'infirmière en charge pour la journée et qu'il n'y avait pas d'IA sur les lieux à ce moment là. À 10 h 11, le 10 juillet 2015, une consultante en soins de longue durée auprès d'Extendicare Assist, également infirmière autorisée, s'est présentée à l'inspectrice 545, indiquant qu'elle était arrivée récemment et qu'elle était là pour travailler le reste du quart de jour en tant qu'IA au foyer. Extendicare Assist est l'entreprise retenue à titre contractuel par le titulaire de permis pour la gestion du foyer. Il n'y avait pas d'IA au foyer de 7 h à 10 h.

Le 16 juillet 2015, le quart de travail de l'IA a été exécuté par l'IA de 7 h à 10 h, mais un(e) IAA a été affectée au quart de travail de l'IA pour la période de 10 h à 15 h.

Le 16 juillet 2015, l'inspectrice 133 s'est entretenue avec la directrice des soins au sujet de l'absence d'une IA durant les quarts de travail précisés. La directrice des soins a affirmé qu'elle veillait toujours à ce qu'il y ait sur place au moins un membre du personnel autorisé, que ce soit une IA ou une IAA. La directrice des soins a confirmé qu'elle connaissait l'obligation d'avoir une IA de service et présente au foyer en tout temps. La directrice des soins a expliqué qu'elle n'employait pas suffisamment d'IA pour demander d'autres IA chaque fois que l'une d'elles est en congé de maladie ou en vacances ou observe un jour férié.

La non conformité générale décrite ici crée un risque pour les résidents du foyer. Au cours de la période précisée, il y a eu neuf quarts de travail durant lesquels l'infirmière autorisée (IA) qui était censée travailler a été remplacée par une infirmière auxiliaire autorisée (IAA) et un quart de travail durant lequel l'IA qui était censée travailler a été remplacée par une consultante en soins de longue durée d'Extendicare Assist, employée à titre contractuel par le titulaire de permis.

(133)

Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le : 03 février 2016 (A1)

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 :

- 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 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 registrateur

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 : 18 novembre 2015 (A1)**Signature de l'inspecteur :**

Original signé par

Nom de l'inspecteur ou de l'inspectrice :

Lisa Kluge

Bureau régional de services :

Ottawa