



**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 sous 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**

Sudbury Service Area Office  
159 Cedar Street Suite 403  
SUDBURY ON P3E 6A5  
Telephone: (705) 564-3130  
Facsimile: (705) 564-3133

Bureau régional de services de  
Sudbury  
159, rue Cedar, bureau 403  
SUDBURY ON P3E 6A5  
Téléphone: (705) 564-3130  
Télécopieur: (705) 564-3133

## **Public Copy/Copie du public**

<b>Report Date(s) / Date(s) du rapport</b>	<b>Inspection No / N° de l'inspection</b>	<b>Log # / Registre n°</b>	<b>Type of Inspection / Genre d'inspection</b>
Le 16 nov. 2015	2015_391603_0028	018930-15	Inspection de la qualité des services aux résidents

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

FOYER HEARST - MATTICE - SOINS DE SANTÉ  
67, 15<sup>e</sup> rue, C.P. 1538, HEARST (Ontario) P0L 1N0

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

FOYER DES PIONNIERS  
67, 15<sup>e</sup> rue, C.P. 1538, HEARST (Ontario) P0L 1N0

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

SYLVIE LAVICTOIRE (603), SARAH CHARETTE (612), TIFFANY BOUCHER (543)

## **Inspection Summary/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 le 31 août ainsi que les 4, 8 et 9 septembre 2015.**

**Au cours de l'inspection, les inspectrices ont examiné le dossier de santé des résidents de même que des politiques, des marches à suivre et des programmes. De plus, elles ont visité le foyer tous les jours et observé la prestation des soins aux résidents, les interactions entre le personnel et les résidents et l'administration des médicaments. Les rapports suivants du Ministère ont également été inspectés : numéros 002174-14 et 0024978-15.**

**Au cours de l'inspection, les inspectrices se sont entretenues avec l'administrateur, le directeur des soins, les membres du personnel infirmier autorisé (IA, IAA), le coordonnateur des services alimentaires, le directeur de l'entretien, l'aide aux activités, le personnel d'entretien, les préposés aux services de soutien personnel, les résidents et des membres de la famille des résidents.**

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

- Observation des repas**
- Prévention des chutes**
- Conseil des familles**
- Hospitalisation et changement de l'état**
- Prévention et contrôle des infections**
- Médicaments**
- Réduction au minimum de la contention**
- Alimentation et hydratation**
- Douleur**
- Services de soutien à la personne**
- Conseil des résidents**
- Comportements réactifs**
- Observation des collations**
- Comptes de fiducie**

**Plusieurs non-respects ont été constatés au cours de cette inspection.**

**7 AE  
5 PRV  
2 OC  
0 RD  
0 OTA**

### NON- COMPLIANCE / NON-RESPECT DES EXIGENCES

#### Legend

WN – Written Notification  
VPC – Voluntary Plan of Correction  
DR – Director Referral  
CO – Compliance Order  
WAO – Work and Activity Order

#### Légende

AE – Avis écrit  
VPC – Plan de redressement volontaire  
RD – Aiguillage au directeur  
CO – Ordre de conformité  
OTA – Ordres : travaux et activités

Non-compliance with requirements under the Long-Term Care Homes Act, 2007 (LTCHA) was found. (a requirement under the LTCHA includes the requirements contained in the items listed in the definition of "requirement under this Act" in subsection 2(1) of the LTCHA).

The following constitutes written notification of non-compliance under paragraph 1 of section 152 of the LTCHA.

Le non-respect des exigences de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* (LFSLD) a été constaté (une exigence de la loi comprend les exigences qui font partie des éléments énumérés dans la définition de « exigence prévue par la présente loi », au paragraphe 2(1) de la LFSLD).

Ce qui suit constitue un avis écrit de non-respect aux termes du paragraphe 1 de l'article 152 de la LFSLD.

**AE n° 1 : Non-respect par le titulaire de permis de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* (LFSLD), chap. 8, par. 6. Programme de soins**

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

**par. 6. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soit adopté, pour chaque résident, un programme de soins écrit qui établit ce qui suit :**

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

**par. 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).**

#### **Findings/Faits saillants :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins contienne des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissaient des soins directs au résident 015.

L'inspectrice 612 a observé la distribution matinale des médicaments le 3 septembre 2015. L'inspectrice a noté que l'employé 107 broyait les médicaments pour le résident 015. L'employé 107 a affirmé que rien dans le programme de soins du résident 015 n'indiquait qu'il fallait broyer ses médicaments, mais l'employé 107 savait qu'il fallait le faire puisqu'il connaissait les besoins en matière de soins du résident.

L'inspectrice s'est entretenue avec le directeur des soins, qui a affirmé que si les médicaments d'un résident devaient être broyés, ce serait indiqué dans le dossier d'administration des médicaments. Le directeur des soins a confirmé que rien dans le programme de soins du résident 015 n'indiquait qu'il fallait broyer ses médicaments.  
[par. 6. (1) (c)]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis au résident 016, tel que le précise le programme.

À une date en particulier, le directeur des soins du foyer a expliqué à l'inspectrice 603 que le résident 016 s'était étouffé en mangeant et qu'il était par la suite décédé à l'hôpital. Le directeur des soins lui a expliqué que le résident 016 était assis à la table de la salle à manger, dans une chaise ordinaire, alors qu'il prenait son dîner. Le résident 017, qui était assis avec le résident 016, a demandé l'aide du personnel quand il s'est rendu compte que son voisin s'étouffait. Les employés 103, 114, 100, 115 et 116, qui se trouvaient dans la salle à manger, se sont approchés du résident 017 et du résident 016 à la demande du premier. Les employés 111 et 101 se sont présentés à la salle à manger, où l'employé 111 a effectué la manœuvre de Heimlich jusqu'à l'arrivée des services médicaux d'urgence. Le résident a ensuite été transporté à l'hôpital, où il est décédé.

L'inspectrice 603 a interrogé l'employé 114 au téléphone. L'employé 109 était présent. L'employé 114 a affirmé qu'un aliment particulier avait été servi au résident 016. L'employé 114 a expliqué que le résident 016 avait demandé des demi-portions et qu'il n'avait pas demandé que sa nourriture soit coupée. L'employé 114 n'a donc pas coupé la nourriture du résident. L'employé 114 a expliqué qu'il connaissait très bien le résident 016 et que celui-ci l'aurait demandé s'il avait voulu que sa nourriture soit coupée. L'employé 114 a également expliqué que par le passé, le résident n'avait jamais demandé qu'un aliment particulier soit coupé. L'employé 109 a expliqué que le résident n'avait pas de difficulté à mastiquer ou à avaler, mais qu'en raison de son diagnostic, il demandait parfois au personnel de couper sa nourriture.

L'inspectrice a examiné la liste des aliments servis à la salle à manger de l'unité. Sous le nom du résident 016, il était indiqué qu'il fallait couper sa nourriture. Dans un entretien avec l'employé 103, l'inspectrice a découvert que les aliments devant être coupés appartenaient à une catégorie particulière et que ces aliments ne devaient être coupés que lorsque le résident le demandait.

L'inspectrice a examiné le dossier de santé du résident. Dans le dossier, elle a trouvé une note rédigée par un diététiste indiquant que le résident n'avait pas de difficulté à mastiquer ou à avaler la nourriture. Le résident avait une diète particulière. Le diététiste avait effectué des évaluations, à cinq moments différents. Aucune de ces évaluations n'a entraîné la modification de la composition ou de la texture de l'alimentation du résident, et aucune difficulté à mastiquer ou à avaler n'a été mentionnée dans le dossier.

L'inspectrice 603 a examiné le programme de soins du résident dans lequel les interventions suivantes étaient prescrites : surveiller les aliments consommés, couper les aliments, ouvrir les contenants et aider le résident à s'installer pour les repas. Les aliments du résident n'avaient pas été coupés, comme l'exigeait son programme de soins.

Le non-respect de la LFSLD, L.O. 2007, par. 6. (7) avait déjà été relevé sous forme d'AE dans le cadre de l'inspection 2014\_395151\_0002. [par. 6. (7)]

***Autres mesures requises :***

***OC - L'OC n° 001 sera remis au titulaire de permis. Consulter le ou les ordres de l'inspectrice. PRV - Conformément à la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, par. 152 (2), le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de redressement visant à garantir que le programme de soins établit des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs aux résidents, et ce plan doit être mis en application volontairement.***

---

**AE n° 2 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, par. 15, Côtés de lit.**

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

**par. 15. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que, si des côtés de lit sont utilisés :**

- (a) le résident est évalué et son lit est évalué conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises, afin de minimiser les risques qu'il pose pour le résident; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 15 (1).**
- (b) des mesures sont prises pour empêcher que le résident soit coincé,**

**compte tenu de toutes les possibilités de coincement existantes; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 15 (1).**

**(c) sont traitées les autres questions de sécurité découlant de l'utilisation de côtés de lit, notamment la hauteur et la fiabilité du taquet de sécurité. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 15 (1).**

### **Findings/Faits saillants :**

1. Le titulaire de permis ne s'est pas assuré que lorsque des côtés de lit étaient utilisés, le résident et son lit avaient été évalués, conformément aux pratiques fondées sur des données probantes ou aux pratiques couramment admises, afin de minimiser les risques qu'il pose pour le résident.

À une date en particulier, l'inspectrice 603 a interrogé le résident 012, alors qu'il était assis dans un fauteuil dans sa chambre. Le lit du résident avait été fait, et deux barrières supérieures étaient installées. Au-dessus du lit, une affichette indiquait que deux barrières courtes devaient être installées sur le lit alors que le résident s'y trouvait. Le résident a expliqué à l'inspectrice que le personnel utilisait deux barrières supérieures pour son installation dans le lit et que ces barrières ne l'empêchaient pas de s'asseoir sur le bord ni de sortir du lit.

À une date en particulier, l'inspectrice 603 a interrogé les employés 109, 110 et 113, qui lui ont expliqué que le foyer ne suivait pas de programme d'évaluation des résidents et de leur lit. L'employé 109 a expliqué à l'inspectrice qu'une fois que le résident était évalué relativement aux côtés de lit, aucune évaluation de son lit n'était réalisée pour réduire au minimum les risques qu'il pose pour le résident. Les employés 109 et 110 ont expliqué à l'inspectrice que plusieurs années plus tôt, le foyer avait reçu du financement pour évaluer tous ses lits, y compris la conformité des matelas et le mécanisme des côtés de lit, mais qu'aucune autre évaluation des lits n'avait été réalisée depuis. [par. 15. (1) (a)]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des mesures soient prises pour empêcher que le résident soit coincé, compte tenu de toutes les possibilités de coincement existantes, si des côtés de lit étaient utilisés.

À une date en particulier, l'inspectrice 603 a interrogé les employés 109, 110 et 113, qui lui ont expliqué que le foyer ne suivait pas de programme d'évaluation des côtés de lit.

Une fois que le résident est évalué relativement aux côtés de lit, aucune mesure n'est prise pour empêcher que le résident soit coincé, compte tenu de toutes les possibilités de coincement existantes. [par. 15. (1) (b)]

3. Le titulaire de permis ne s'est pas assuré que lorsque des côtés de lit étaient utilisés, les autres questions de sécurité, notamment la hauteur et la fiabilité du taquet de sécurité, étaient traitées.

À une date en particulier, l'inspectrice 603 a interrogé les employés 109, 110 et 113, qui lui ont expliqué que le foyer ne suivait pas de programme d'évaluation des côtés de lit. Une fois que le résident est évalué relativement aux côtés de lit, aucune évaluation de son lit n'est réalisée pour réduire au minimum les risques qu'il pose pour le résident. Le protocole du foyer ne prévoyait pas l'inspection de la hauteur des côtés de lit et de la fiabilité du taquet de sécurité.

Les employés 109 et 110 ont expliqué à l'inspectrice que plusieurs années plus tôt, le foyer avait reçu du financement pour évaluer tous ses lits, y compris la conformité des matelas et le mécanisme des côtés de lit, mais qu'aucune autre évaluation des lits n'avait été réalisée depuis. [par. 15. (1) (c)]

***Autres mesures requises :***

***OC - L'OC n° 002 sera remis au titulaire de permis. Consulter le ou les ordres de l'inspectrice.***

---

**AE n° 3 : Non-respect par le titulaire de permis de la LFSLD, L.O. 2007, chap. 8, par. 3. Déclaration des droits des résidents**

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

**par. 3. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au plein respect et à la promotion des droits suivants des résidents : 11. Le résident a le droit :**

**i. de participer pleinement à l'élaboration, à la mise en œuvre, au réexamen et à la révision de son programme de soins;**



ii. de donner ou de refuser son consentement à un traitement, à des soins ou à des services pour lesquels la loi exige son consentement et d'être informé des conséquences qui peuvent résulter de sa décision;

iii. de participer pleinement à toute prise de décision en ce qui concerne un aspect quelconque des soins qui lui sont fournis, y compris une décision concernant son admission ou son transfert à un foyer de soins de longue durée ou à une unité de sécurité ou sa mise en congé du foyer ou de l'unité, et d'obtenir un avis indépendant concernant ces questions;

iv. de voir respecter, conformément à la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé*, le caractère confidentiel de ses renseignements personnels sur la santé au sens de cette loi et d'avoir accès à ses dossiers de renseignements personnels sur la santé, y compris son programme de soins, conformément à la L.O. 2007, chap. 8, par. 3 (1).

#### Findings/Faits saillants :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé au droit de chaque résident de voir respecter, conformément à la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé*, le caractère confidentiel de ses renseignements personnels sur la santé au sens de cette loi.

À une date en particulier, l'inspectrice 612 a vu l'employé 107 jeter les sachets de médicaments vidés dans la poubelle ordinaire sur le chariot à médicaments. L'inspectrice a alors vu que les sachets de médicaments portaient le nom du résident auquel chacun d'eux était destiné et le nom des médicaments qu'ils contenaient. L'employé 107 a affirmé qu'au foyer, les ordures du chariot à médicaments étaient jetées avec les autres contenants.

L'inspectrice s'est entretenue avec le directeur des soins, qui a confirmé qu'au foyer, les ordures amassées à la suite de la distribution des médicaments, y compris les sachets de médicaments vides, étaient jetées avec les autres ordures du foyer. [par. 3. (1) 11. iv.]

**Autres mesures requises :**

***PRV - Conformément à la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, par. 152(2), le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de redressement visant à garantir la protection du droit de chaque résident de voir respecter, conformément à la Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé, le caractère confidentiel de ses renseignements personnels sur la santé au sens de cette loi, et ce plan doit être mis en application volontairement.***

---

**AE n° 4 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, par. 8, Respect des politiques et dossiers**

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

**par. 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 œuvre conformément à celles-ci; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 8 (1).**
- (b) d'autre part, soient respectés. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 8 (1).**

**Findings/Faits saillants :**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les politiques du foyer à l'égard des médicaments soient respectées, particulièrement la politique sur l'administration des médicaments et la politique sur l'injection de l'insuline.

L'inspectrice 612 a observé la distribution matinale des médicaments à une date en particulier. L'inspectrice a noté que l'employé 107 avait pris une seringue remplie d'une solution dans le chariot à médicaments et qu'il avait administré le contenu de cette seringue au résident 014. L'inspectrice a observé la seringue et a noté qu'elle ne portait ni le nom du résident ni aucune autre information.

L'inspectrice 612 a interrogé l'employé 107, qui a affirmé qu'un médicament particulier avait été administré au résident 014, comme prescrit. L'employé 107 a montré à l'inspectrice 612 que la fiole était conservée dans le réfrigérateur et que celle-ci portait une étiquette de la pharmacie. L'employé 107 a expliqué à l'inspectrice que le médicament était aspiré de la fiole dans la seringue au début de la période de distribution des médicaments et que les seringues remplies étaient conservées dans le chariot à médicaments jusqu'au moment de l'administration. L'employé 107 a confirmé que les renseignements sur le résident n'apparaissaient pas sur les seringues.

L'inspectrice 612 a interrogé le directeur des soins, et il a affirmé que le protocole du foyer prévoyait l'aspiration du médicament de la fiole dans la seringue devant le résident avant l'administration.

L'inspectrice a examiné la politique du foyer sur l'administration des médicaments, code 05-02-03, dont la dernière révision remonte à août 2015. La politique indiquait que le membre du personnel autorisé devait administrer immédiatement le médicament après l'avoir préparé. L'inspectrice a examiné la politique du foyer sur l'injection de certains médicaments, code 05-03-07, dont la dernière révision remonte à août 2015. La politique indiquait que le membre du personnel autorisé devait prendre la fiole de médicament et une seringue neuve et administrer immédiatement le médicament après l'avoir préparé devant le résident. [par. 8. (1) (b)]

***Autres mesures requises :***

***PRV - Conformément à la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, par. 152(2), le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de redressement visant à garantir que les politiques du foyer à l'égard des médicaments soient respectées, particulièrement la politique sur l'administration des médicaments et la politique sur l'injection de l'insuline, et ce plan doit être mis en application volontairement.***

---

**AE n° 5 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, par. 126. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les médicaments demeurent dans le contenant ou l'emballage étiqueté d'origine que fournit le fournisseur de services pharmaceutiques ou le gouvernement de l'Ontario jusqu'à ce qu'ils soient administrés à un résident ou détruits. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 126.**

### **Findings/Faits saillants :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les médicaments demeurent dans le contenant ou l'emballage étiqueté d'origine que fournit le fournisseur de services pharmaceutiques ou le gouvernement de l'Ontario jusqu'à ce qu'ils soient administrés à un résident ou détruits.

L'inspectrice 612 a observé la distribution matinale des médicaments à une date en particulier et a noté que l'employé 107 avait pris une seringue remplie d'une solution dans le chariot à médicaments et qu'il avait administré le contenu de cette seringue au résident 014. L'inspectrice a observé la seringue et a noté qu'elle ne portait ni le nom du résident ni aucune autre information.

L'inspectrice 612 s'est entretenue avec l'employé 107, qui a affirmé qu'il avait administré un médicament particulier au résident 014, comme prescrit. L'employé 107 a montré à l'inspectrice que la fiole était conservée dans le réfrigérateur et que celle-ci portait une étiquette de la pharmacie. L'employé 107 a expliqué que le médicament était aspiré de la fiole dans la seringue au début de la période de distribution des médicaments et que les seringues remplies étaient conservées dans le chariot à médicaments jusqu'au moment de l'administration. L'employé 107 a confirmé que les renseignements sur le résident n'apparaissaient pas sur la seringue.

L'inspectrice 612 s'est entretenue avec le directeur des soins, qui a confirmé que le protocole du foyer prévoyait que les médicaments demeurent dans le contenant ou l'emballage étiqueté d'origine que fournit le fournisseur de services pharmaceutiques ou le gouvernement de l'Ontario jusqu'à ce qu'ils soient administrés à un résident ou détruits. [par. 126.]

**Autres mesures requises :**

***PRV - Conformément à la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, par. 152(2), le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de redressement visant à garantir que les médicaments demeurent dans le contenant ou l'emballage étiqueté d'origine que fournit le fournisseur de services pharmaceutiques ou le gouvernement de l'Ontario jusqu'à ce qu'ils soient administrés à un résident ou détruits, et ce plan doit être mis en application volontairement.***

---

**AE n° 6 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, par. 129, Entreposage sécuritaire des médicaments**

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

**par. 129. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :**

**(a) Les médicaments sont entreposés dans un endroit ou un chariot à médicaments qui réunit les conditions suivantes :**

- (i) il est réservé exclusivement aux médicaments et aux fournitures y afférentes;**
- (ii) il est sûr et verrouillé;**
- (iii) il protège les médicaments de la chaleur, de la lumière, de l'humidité ou d'autres conditions environnementales de façon à conserver leur efficacité;**
- (iv) il est conforme aux instructions du fabricant relatives à l'entreposage de médicaments; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 129 (1).**

**(b) les substances désignées sont entreposées dans une armoire distincte, verrouillée à double tour et fixée en permanence dans l'endroit verrouillé, ou dans un endroit distinct, également verrouillé, à l'intérieur du chariot à médicaments verrouillé. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 129 (1).**

**Findings/Faits saillants :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les substances désignées soient entreposées dans une armoire distincte, verrouillée à double tour et fixée en permanence dans l'endroit verrouillé, ou dans un endroit distinct, également verrouillé, à l'intérieur du chariot à médicaments verrouillé.

L'inspectrice 612 a interrogé l'employé 107 sur les pratiques du foyer à l'égard de l'entreposage des substances désignées. L'employé 107 a affirmé que les substances désignées étaient entreposées dans une boîte verrouillée à l'intérieur du chariot à médicaments. L'employé 107 a confirmé à l'inspectrice que le personnel ne verrouillait pas le chariot à médicaments parce que la serrure était brisée. L'employé 107 a ouvert une armoire verrouillée dans la salle des médicaments, également verrouillée, et a expliqué à l'inspectrice que c'était là que les narcotiques périmés étaient entreposés jusqu'à ce qu'ils soient détruits.

L'inspectrice 612 s'est entretenue avec le directeur des soins, qui a affirmé que le protocole du foyer prévoyait l'entreposage des substances désignées dans l'endroit verrouillé à l'intérieur du chariot à médicaments lorsqu'il n'est pas en service. [par. 129. (1) (b)]

**Autres mesures requises :**

***PRV - Conformément à la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, par. 152(2), le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de redressement visant à garantir que les substances désignées entreposées dans une armoire distincte, verrouillée à double tour et fixée en permanence dans l'endroit verrouillé, ou dans un endroit distinct, également verrouillé, à l'intérieur du chariot à médicaments verrouillé, et ce plan doit être mis en application volontairement.***

---

**AE n° 7 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, par. 71, Planification des menus. En particulier, le titulaire de permis n'a pas respecté les dispositions suivantes :**

**par. 71. (3) Le titulaire de permis veille à ce que soient offerts à chaque résident au moins (b) une boisson entre les repas le matin et l'après-midi et une boisson le soir après le dîner; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 71 (3).**

### **Findings/Faits saillants :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soient offerts à chaque résident au moins une boisson entre les repas le matin et l'après-midi et une boisson le soir après le dîner.

À une date en particulier, l'inspectrice 603 a interrogé l'employé 108, qui lui a expliqué qu'une boisson était offerte entre les repas à tous les résidents d'une unité particulière. L'employé 108 a confirmé qu'une boisson était offerte aux résidents 001, 003 et 004. À 10 h 55, l'inspectrice a interrogé les résidents 001 et 004, et ils ont tous deux affirmé qu'aucune boisson ne leur était offerte entre les repas. Le résident 003 a expliqué qu'ils n'étaient pas dans leur chambre quand les boissons avaient été offertes. À 11 h 15, l'employé 108 a expliqué à l'inspectrice 603 qu'en fait le personnel n'avait pas offert une boisson entre les repas aux résidents 001, 003 et 004 parce qu'il avait manqué de temps et qu'il devait terminer la prestation des soins matinaux. L'inspectrice 603 a examiné le profil nutritionnel des résidents 001, 003 et 004, et celui-ci ne faisait mention d'aucune boisson offerte entre les repas le matin et l'après-midi ni de boisson le soir après le dîner au cours du mois d'août et du mois de septembre 2015.

L'inspectrice 603 a interrogé l'employé 109, qui lui a expliqué que le personnel devait offrir à chaque résident une boisson entre les repas le matin et l'après-midi et une boisson le soir après le dîner. L'employé 109 a expliqué que le personnel aurait dû noter ces renseignements dans le profil nutritionnel, mais a confirmé que le personnel ne l'avait pas fait. [par. 71. (3) (b)]



**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 sous la  
*Loi de 2007 sur les foyers de  
soins de longue durée***

---

**Émis le 24<sup>e</sup> jour de novembre 2015**

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

**Rapport original signé par l'inspectrice (l'inspecteur).**



**Order(s) of the Inspector**Pursuant to section 153 and/or  
section 154 of the *Long-Term Care  
Homes Act, 2007, S.O. 2007, c.8***Ordre(s) de l'inspecteur**Aux termes de l'article 153 et/ou  
de l'article 154 de la *Loi de 2007 sur les foyers  
de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8***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****Public Copy/Copie du public**

---

**Name of Inspector (ID #) /****Nom de l'inspecteur (N°) :** SYLVIE LAVICTOIRE (603), SARAH CHARETTE (612),  
TIFFANY BOUCHER (543)**Inspection No. /****No de l'inspection :** 2015\_391603\_0028**Log No. /****Registre n°:** 018930-15**Type of Inspection /****Genre d'inspection:** Inspection de la qualité des services aux résidents**Report Date(s) /****Date(s) du rapport :** Le 16 nov. 2015**Licensee /****Titulaire de permis :** FOYER HEARST - MATTICE - SOINS DE SANTÉ 67,  
15<sup>e</sup> rue, C.P. 1538, HEARST (Ontario) P0L 1N0**LTC Home /****Foyer de SLD :** FOYER DES PIONNIERS  
67 15<sup>e</sup> rue, C.P. 1538, HEARST (Ontario) P0L 1N0**Name of Administrator /****Nom de l'administratrice  
ou de l'administrateur :** JOELLE LACROIX

---

À l'attention du FOYER HEARST - MATTICE - SOINS DE SANTÉ : Vous êtes tenu de  
vous conformer aux ordres suivants avant les dates précisées ci-dessous :



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

**Order(s) of the Inspector**

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

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

**Ordre(s) de l'inspecteur**

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

**Order(s) of the Inspector**

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

**Ordre(s) de l'inspecteur**

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

**Order # /****Ordre n° : 001****Order Type /****Genre d'ordre : Ordres de conformité, par. 153. (1) (b)****Pursuant to / Aux termes de :**

LFSLD, 2007, L.O. 2007, chap. 8, par. 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).

**Order / Ordre :**

Le titulaire de permis préparera, soumettra et mettra en application un plan visant à garantir que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis au résident, tel que le précise le programme. Le plan comprendra les éléments suivants :

1. Un processus permettant de garantir que le programme de soins de chaque résident est examiné, mis à jour et remis au résident, tel que le précise le programme.
2. Un processus de vérification qui permettra de déterminer les instances où le personnel ne fournit pas les soins comme le précisent les programmes de même qu'un plan de mesures correctives.
3. Un processus multidisciplinaire visant à garantir que la communication est limpide entre les IA, les IAA et les PSSP pour que les soins soient offerts tels que le précisent les programmes.

Ce plan sera soumis par la poste à Sylvie Lavictoire, inspectrice de foyers de soins de longue durée, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Direction de l'amélioration de la performance et de la conformité, 159, rue Cedar, bureau 403, Sudbury (Ontario) P3E 6A5, par télécopieur au 705-564-3133 ou par courriel à l'adresse [sylvie.lavictoire@ontario.ca](mailto:sylvie.lavictoire@ontario.ca). Le plan doit être soumis au plus tard le 27 novembre 2015, et le foyer doit s'être conformé à l'ensemble des exigences au plus tard le 11 décembre 2015.

**Order(s) of the Inspector**

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

**Ordre(s) de l'inspecteur**

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

**Grounds / Motifs :**

1. 1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins contienne des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissaient des soins directs au résident 015.

L'inspectrice 612 a observé la distribution matinale des médicaments le 3 septembre 2015. L'inspectrice a noté que l'employé 107 broyait les médicaments pour le résident 015. L'employé 107 a affirmé que rien dans le programme de soins du résident 015 n'indiquait qu'il fallait broyer ses médicaments, mais l'employé 107 savait qu'il fallait le faire puisqu'il connaissait les besoins en matière de soins du résident.

L'inspectrice s'est entretenue avec le directeur des soins, qui a affirmé que si les médicaments d'un résident devaient être broyés, ce serait indiqué dans le dossier d'administration des médicaments. Le directeur des soins a confirmé que rien dans le programme de soins du résident 015 n'indiquait qu'il fallait broyer ses médicaments. [par. 6. (1) (c)]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis au résident 016, tel que le précise le programme.

À une date en particulier, le directeur des soins du foyer a expliqué à l'inspectrice 603 que le résident 016 s'était étouffé en mangeant et qu'il était par la suite décédé à l'hôpital. Le directeur des soins lui a expliqué que le résident 016 était assis à la table de la salle à manger, dans une chaise ordinaire, alors qu'il prenait son dîner. Le résident 017, qui était assis avec le résident 016, a demandé l'aide du personnel quand il s'est rendu compte que son voisin s'étouffait. Les employés 103, 114, 100, 115 et 116, qui se trouvaient dans la salle à manger, se sont approchés du résident 017 et du résident 016 à la demande du premier. Les employés 111 et 101 se sont présentés à la salle à manger, où l'employé 111 a effectué la manœuvre de Heimlich jusqu'à l'arrivée des services médicaux d'urgence. Le résident a ensuite été transporté à l'hôpital, où il est décédé.

**Order(s) of the Inspector**

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

**Ordre(s) de l'inspecteur**

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

L'inspectrice 603 a interrogé l'employé 114 au téléphone. L'employé 109 était présent. L'employé 114 a affirmé qu'un aliment particulier avait été servi au résident 016.

L'employé 114 a expliqué que le résident 016 avait demandé des demi-portions et qu'il n'avait pas demandé que sa nourriture soit coupée. L'employé 114 n'a donc pas coupé la nourriture du résident. L'employé 114 a expliqué qu'il connaissait très bien le résident 016 et que celui-ci l'aurait demandé s'il avait voulu que sa nourriture soit coupée. L'employé 114 a également expliqué que par le passé, le résident n'avait jamais demandé qu'un aliment particulier soit coupé. L'employé 109 a expliqué que le résident n'avait pas de difficulté à mastiquer ou à avaler, mais qu'en raison de son diagnostic, il demandait parfois au personnel de couper sa nourriture.

L'inspectrice a examiné la liste des aliments servis à la salle à manger de l'unité. Sous le nom du résident 016, il était indiqué qu'il fallait couper sa nourriture. Dans un entretien avec l'employé 103, l'inspectrice a découvert que les aliments devant être coupés appartenaient à une catégorie particulière et que ces aliments ne devaient être coupés que lorsque le résident le demandait.

L'inspectrice a examiné le dossier de santé du résident. Dans le dossier, elle a trouvé une note rédigée par un diététiste indiquant que le résident n'avait pas de difficulté à mastiquer ou à avaler la nourriture. Le résident avait une diète particulière. Le diététiste avait effectué des évaluations, à cinq moments différents. Aucune de ces évaluations n'a entraîné la modification de la composition ou de la texture de l'alimentation du résident, et aucune difficulté à mastiquer ou à avaler n'a été mentionnée dans le dossier.

L'inspectrice 603 a examiné le programme de soins du résident dans lequel les interventions suivantes étaient prescrites : surveiller les aliments consommés, couper les aliments, ouvrir les contenants et aider le résident à s'installer pour les repas. Les aliments du résident n'avaient pas été coupés, comme l'exigeait son programme de soins.



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

**Order(s) of the Inspector**

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

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

**Ordre(s) de l'inspecteur**

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

Le non-respect de la LFSLD, L.O. 2007, par. 6. (7) avait déjà été relevé sous forme d'AE dans le cadre de l'inspection 2014\_395151\_0002.

La décision de donner cet ordre de conformité est fondée sur la portée et la gravité des manquements, lesquels ont entraîné de réels préjudices, et sur les antécédents de non-respect. (603)

**This order must be complied with by /**

**Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le : le 11 déc. 2015**

**Order(s) of the Inspector**

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

**Ordre(s) de l'inspecteur**

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

**Ordre n° /  
Ordre n° : 002**

**Genre d'ordre /  
Genre d'ordre : Ordres de conformité, par. 153. (1) (a)**

**Pursuant to / Aux termes de :**

Règl. de l'Ont. 79/10, par. 15. (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que, si des côtés de lit sont utilisés :

(a) le résident est évalué et son lit est évalué conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises, afin de minimiser les risques qu'il pose pour le résident;

(b) des mesures sont prises pour empêcher que le résident soit coincé, compte tenu de toutes les possibilités de coincement existantes;

(c) sont traitées les autres questions de sécurité découlant de l'utilisation de côtés de lit, notamment la hauteur et la fiabilité du taquet de sécurité. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 15 (1).

**Order / Ordre :**

Si des côtés de lit sont utilisés, le titulaire de permis élaborera et mettra en œuvre des politiques et des procédures permettant de veiller à ce qui suit :

(a) le résident est évalué et son lit est évalué conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises, afin de minimiser les risques qu'il pose pour le résident;

(b) des mesures sont prises pour empêcher que le résident soit coincé, compte tenu de toutes les possibilités de coincement existantes;

(c) sont traitées les autres questions de sécurité découlant de l'utilisation de côtés de lit, notamment la hauteur et la fiabilité du taquet de sécurité.

**Order(s) of the Inspector**

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

**Ordre(s) de l'inspecteur**

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

**Grounds / Motifs :**

1. Le titulaire de permis ne s'est pas assuré que lorsque des côtés de lit étaient utilisés, le résident et son lit avaient été évalués, conformément aux pratiques fondées sur des données probantes ou aux pratiques couramment admises, afin de minimiser les risques qu'il pose pour le résident.

À une date en particulier, l'inspectrice 603 a interrogé le résident 012, alors qu'il était assis dans un fauteuil dans sa chambre. Le lit du résident avait été fait, et deux barrières supérieures étaient installées. Au-dessus du lit, une affiche indiquait que deux barrières courtes devaient être installées sur le lit alors que le résident s'y trouvait. Le résident a expliqué à l'inspectrice que le personnel utilisait deux barrières supérieures pour son installation dans le lit et que ces barrières ne l'empêchaient pas de s'asseoir sur le bord ni de sortir du lit.

À une date en particulier, l'inspectrice 603 a interrogé les employés 109, 110 et 113, qui lui ont expliqué que le foyer ne suivait pas de programme d'évaluation des résidents et de leur lit. L'employé 109 a expliqué à l'inspectrice qu'une fois que le résident était évalué relativement aux côtés de lit, aucune évaluation de son lit n'était réalisée pour réduire au minimum les risques qu'il pose pour le résident. Les employés 109 et 110 ont expliqué à l'inspectrice que plusieurs années plus tôt, le foyer avait reçu du financement pour évaluer tous ses lits, y compris la conformité des matelas et le mécanisme des côtés de lit, mais qu'aucune autre évaluation des lits n'avait été réalisée depuis. (603)

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des mesures soient prises pour empêcher que le résident soit coincé, compte tenu de toutes les possibilités de coincement existantes, si des côtés de lit étaient utilisés.

À une date en particulier, l'inspectrice 603 a interrogé les employés 109, 110 et 113, qui lui ont expliqué que le foyer ne suivait pas de programme d'évaluation des côtés de lit. Une fois que le résident est évalué relativement aux côtés de lit, aucune mesure n'est prise pour empêcher que le résident soit coincé, compte tenu de toutes les possibilités de coincement existantes. (603)



**Order(s) of the Inspector**

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

**Ordre(s) de l'inspecteur**

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

3. Le titulaire de permis ne s'est pas assuré que lorsque des côtés de lit étaient utilisés, les autres questions de sécurité, notamment la hauteur et la fiabilité du taquet de sécurité, étaient traitées.

À une date en particulier, l'inspectrice 603 a interrogé les employés 109, 110 et 113, qui lui ont expliqué que le foyer ne suivait pas de programme d'évaluation des côtés de lit. Une fois que le résident est évalué relativement aux côtés de lit, aucune évaluation de son lit n'est réalisée pour réduire au minimum les risques qu'il pose pour le résident. Le protocole du foyer ne prévoyait pas l'inspection de la hauteur des côtés de lit et de la fiabilité du taquet de sécurité.

Les employés 109 et 110 ont expliqué à l'inspectrice que plusieurs années plus tôt, le foyer avait reçu du financement pour évaluer tous ses lits, y compris la conformité des matelas et le mécanisme des côtés de lit, mais qu'aucune autre évaluation des lits n'avait été réalisée depuis.

La décision de donner cet ordre de conformité est fondée sur la portée du manquement, lequel touche tous les résidents qui utilisent des côtés de lit, et sur la gravité du manquement, lequel indique un risque réel de blessure.  
(603)

**This order must be complied with by /**

**Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le : le 11 déc. 2015**



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

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

**Order(s) of the Inspector**

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

**Ordre(s) de l'inspecteur**

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

**REVIEW/APPEAL INFORMATION**

**TAKE NOTICE:**

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

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

The written request for review must include,

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

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

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

**Order(s) of the Inspector**

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

**Ordre(s) de l'inspecteur**

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

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

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

Health Services Appeal and Review Board and the Director

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

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

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



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

**Order(s) of the Inspector**

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

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

**Ordre(s) de l'inspecteur**

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

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

**PRENDRE AVIS**

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

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

La demande de réexamen doit contenir ce qui suit :

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

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

Directeur  
a/s Coordinateur des appels  
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<sup>e</sup> étage  
Ontario, ON  
M5S 2B1  
Fax: 416-327-7603

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



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

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

**Order(s) of the Inspector**

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

**Ordre(s) de l'inspecteur**

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

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

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

Directeur  
a/s Coordinateur des appels  
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<sup>e</sup> étage  
Ontario, ON  
M5S-2B1  
Fax: 416-327-7603

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

**Issued on this 16th day of November, 2015 / Délivré le 16<sup>e</sup> jour de novembre 2015**

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

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

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

