



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*

Long-Term Care Homes Division  
Long-Term Care Inspections Branch

Division des foyers de soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers soins de  
longue durée

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 destinée au public**

<b>Report Date(s)/ Date(s) du rapport</b>	<b>Inspection No/ N° de l'inspection</b>	<b>Log #/ N° de registre</b>	<b>Type of Inspection/ Type d'inspection</b>
Dec 19, 2018	2018_655679_0030	011579-18, 011580-18, 011583-18	Follow up

**Licensee/Titulaire de permis**

Centre de santé St-Joseph de Sudbury  
1140 South Bay Road, SUDBURY, ON P3E 0B6

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

Villa St-Gabriel de Sudbury  
4690 Municipal Road 15, Chelmsford, ON P0M 1L0

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

MICHELLE BERARDI (679), SHELLEY MURPHY (684)

**Inspection Summary/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***

**Le but de cette inspection était de faire une inspection du suivi.**

**Cette inspection a été effectuée aux dates suivantes : du 26 au 30 novembre 2018.**

**Les rapports suivants ont été inspectés lors de cette inspection de suivi :**

**trois rapports liés aux OC 001, 002 et 003, émis lors de l'inspection  
2018\_657681\_0006, concernant : art. 6 (7) de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée,  
concernant la fourniture de soins conformément au programme de soins ; art. 20 (1) de la LFSLD  
concernant le respect de la politique du foyer en matière d'abus et de négligence ; art. 24 (1) de la  
LFSLD, concernant les rapports au directeur, respectivement.**

**L'inspecteur 736 était présent tout au long de l'inspection.**

**Au cours de l'inspection, le ou les inspecteurs ont discuté avec l'administrateur, le directeur des soins,  
le directeur adjoint des soins, le coordonnateur des admissions, le soutien en cas de troubles du  
comportement en Ontario (SOIC), les infirmiers/infirmières auxiliaires autorisé(e)s (IAA), les  
infirmiers/infirmières autorisé(e)s (IA), les assistants de soins personnels (ASP), les résidents et leurs  
familles.**

**Les inspecteurs ont également effectué une visite quotidienne des zones de soins des résidents, ont  
observé la fourniture de soins et de services aux résidents, ont observé les interactions entre le  
personnel et les résidents, ont examiné les dossiers de soins de santé pertinents, les notes d'enquête  
internes, les dossiers de formation du personnel, les dossiers de plainte, ainsi que les politiques et  
procédures pertinentes.**

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

**Prévention des chutes**

**Prévention des abus, de la négligence et des représailles**

**Comportements réactifs**

**Soins de la peau et des plaies**

**Au cours de cette inspection, des non-conformités ont été émises.**

**3 AE**

**0 PVR**

**1 OC**



**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***

**0 RD  
0 OTA**



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*

The following previously issued Order(s) were found to be in compliance at the time of this inspection:

Les Ordre(s) suivants émis antérieurement ont été trouvés en conformité lors de cette inspection:

REQUIREMENT/ EXIGENCE	TYPE OF ACTION/ GENRE DE MESURE	INSPECTION #/ N° DE L'INSPECTION	INSPECTOR ID #/ N° DE L'INSPECTEUR
LFSLD, 2007 S.O. 2007, c. 8 art. 24. (1)	OC n° 003	2018_657681_0006	679
LFSLD, 2007 S.O. 2007, c. 8 art. 6. (7)	CO n° 001	2018_657681_0006	684



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

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

**AE n° 1 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la LFSLD, 2007 S.O. 2007, c. 8, art. 20. Politique de promotion de la tolérance zéro**

Ne s'est pas conformé spécifiquement à ce qui suit :

**art. 20. (1) Sans restreindre d'aucune façon la portée générale de l'obligation prévue à l'article 19, le titulaire de permis veille à ce qu'il existe une politique écrite visant à promouvoir la tolérance zéro en matière d'abus et de négligence à l'égard des résidents et s'assure du respect de la politique. 2007, c. 8, art. 20 (1).**



## Findings/Faits saillants :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'il existe une politique écrite visant à promouvoir la tolérance zéro à l'égard des abus et de la négligence envers les résidents, et à ce que la politique soit respectée.

Au cours de l'inspection 2018\_657681\_0006, l'ordonnance de conformité (OC) 002 a été envoyée au foyer pour remédier au manquement du titulaire de permis de se conformer à l'art. 20 (1) de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée. Le OC a ordonné au foyer de :

- a) veiller à ce que tous les employés qui ont été témoins ou soupçonnent qu'un résident est victime d'abus ou de négligence signalent immédiatement ces allégations, conformément à la politique du foyer.
- b) d'élaborer et de mettre en place un processus garantissant que le personnel sait ce qui constitue un abus et une négligence envers les résidents et qu'il connaît le processus approprié pour signaler ces allégations.

La date limite de conformité de cette ordonnance était le 29 juin 2018.

Un rapport d'incident critique (IC) a été soumis au directeur pour un incident présumé d'abus de visiteurs envers les résidents ayant eu lieu un certain nombre de jours avant la soumission du rapport d'IC. Le rapport d'IC a également révélé que le résident 012 avait présenté au personnel l'allégation de mauvais traitement.

L'inspecteur 679 a examiné les notes d'évolution électroniques du résident 012 qui indiquaient que, le même jour, l'assistant de soins personnels 113 avait documenté l'allégation de mauvais traitement. La note indiquait en outre que l'IAA et l'IA étaient au courant de l'allégation.

Un examen de la politique intitulée « Zero Tolerance for Abuse and Neglect », révisé le 6 juillet 2018, a révélé que le personnel devrait signaler immédiatement, conformément à la politique de l'établissement concernant les rapports des employés, tout incident pouvant entraîner une déclaration obligatoire en vertu de l'art. 24 (1). La politique indique que, dès réception d'une plainte ou après avoir été témoin de maltraitance ou de négligence, le membre du personnel doit immédiatement informer le DADS, le DSS, l'administrateur ou l'IA responsable.

Lors d'un entretien avec l'assistant de soins personnels 113, il a été indiqué que le résident 012 lui avait transmis l'allégation. L'assistant de soins personnels 113 a indiqué qu'il avait transmis l'allégation à l'IA et à l'IAA lors de son quart de travail.

Lors d'un entretien avec l'IA 114, celui-ci a indiqué qu'il était au courant des allégations d'abus. L'IA 114 a



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*

indiqué que les allégations d'abus devaient faire l'objet d'une enquête immédiate et être signalées à l'administrateur de garde.

Lors d'un entretien avec le DDS, il a reconnu que la soumission du rapport d'IC était un rapport interne du personnel autorisé effectué plus tard. Le DDS a indiqué que le personnel autorisé devait téléphoner à l'administrateur de garde pour signaler l'allégation d'abus, et que l'administrateur de garde ferait alors un rapport au ministère. [art. 20. (1)]

***Actions requises supplémentaires :***

***Le OC 001 sera signifié au titulaire de permis. Reportez-vous à la section « Ordre(s) de l'inspecteur ».***

---

**AE n° 2 : Le titulaire de permis n'a pas respecté le règlement de l'Ontario 79/10, art. 50. Soins de la peau et des plaies**

**Ne s'est pas conformé spécifiquement à ce qui suit :**

**art. 50. (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée doit veiller à ce qu'un résident présentant une intégrité cutanée altérée, y compris une lésion de la peau, des ulcères de pression, des déchirures ou des plaies cutanées,**

- a) reçoive une évaluation de la peau effectuée par un membre du personnel infirmier autorisé, à l'aide d'un instrument d'évaluation approprié sur le plan clinique et spécialement conçu pour l'évaluation de la peau et des plaies,**
- b) reçoive un traitement et des interventions immédiates pour réduire ou soulager la douleur, favoriser la guérison et prévenir l'infection, le cas échéant,**
- c) soit évalué par un diététicien inscrit qui fait partie du personnel du foyer, et que tout changement apporté au programme de soins du résident concernant la nutrition et l'hydratation soit mis en œuvre, et**
- d) soit réévalué au moins une fois par semaine par un membre du personnel infirmier autorisé, si cela est cliniquement indiqué; règlement de l'Ontario 79/10, art. 50 (2).**

**Findings/Faits saillants :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un résident présentant une intégrité cutanée altérée, notamment



**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**

une lésion de la peau, des ulcères de pression, des déchirures ou des plaies cutanées, soit réévalué au moins une fois par semaine par un membre du personnel infirmier autorisé.

L'inspecteur 684 a effectué un suivi de l'ordonnance de conformité 001 de l'inspection 2018\_657681\_0006 qui exigeait un examen du programme de soins du résident 018.

Les inspecteurs 684 et 736 ont examiné les notes du relevé électronique d'administration des médicaments (eMAR) et Point Click Care (PCC) et ont noté que pour un certain nombre de jours, une intervention sur une zone d'intégrité altérée de la peau était inscrit dans l'eMAR comme étant effectué.

Les inspecteurs 684 et 736 ont examiné les notes d'évolution du résident 018 et ont remarqué que les plaies correspondantes ne figuraient pas dans les dossiers du CCP.

Les inspecteurs 684 et 736 ont également noté que l'intervention pour une zone différente d'intégrité de la peau altérée avait été inscrite dans le programme eMAR comme ayant été effectuée à certaines dates précises; toutefois, les notes d'évaluation de la plaie correspondantes n'étaient pas inscrites dans les dossiers du CCP pour ces dates.

L'inspecteur 684 qui s'est entretenu avec l'IAA 105 a indiqué que les évaluations complètes de la plaie devaient être effectuées par la réalisation d'une intervention spécifique accompagnée d'une note d'évaluation dans le PCC.

Au cours d'une entrevue avec l'IA 103, l'inspecteur 684 a examiné l'eMAR pour les zones où l'intégrité de la peau était altérée. L'IA 103 a confirmé qu'il n'y avait pas de notes d'évaluation de la plaie dans le PPC à des dates spécifiées pour une zone où l'intégrité de la peau était altérée, et qu'il n'y avait aucune note d'évaluation de la plaie pour une zone distincte d'intégrité de la peau altérée à certaines dates spécifiques.

L'inspecteur 684 a examiné la politique intitulée « Wound and Skin Care Program » révisée le 1er décembre 2017 et qui indiquait qu'« une documentation de la plaie à chaque changement de pansement et une évaluation complète doivent être effectuées sur une base hebdomadaire », et qu'« une réévaluation complète est effectuée chaque semaine pour déterminer l'évolution de la plaie et l'efficacité du plan de traitement. Il convient de surveiller les différences à chaque changement de pansement du patient/résident. Il faut déterminer les différences qui indiquent un besoin de réévaluation. »

Un entretien a eu lieu avec le DADS, qui était également responsable de la peau et de la plaie. L'inspecteur 684 a examiné les notes eMAR et d'évolution du résident 018 et le DADS a confirmé que les notes d'évaluation



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*

de la plaie correspondant à l'intervention spécifique indiquée dans l'eMAR n'étaient pas présentes dans le PCC.

Lors d'un entretien avec le DDS le 28 novembre 2018, l'inspecteur 684 a été informé que lorsqu'une plaie était examinée ou qu'une intervention précise était effectuée, le personnel devait documenter une évaluation dans le PCC. [art. 50. (2) (b) (iv)]

---

**AE n° 3 : Le titulaire de permis n'a pas respecté le règlement de l'Ontario 79/10, art. 221. Formation supplémentaire - personnel de soins direct**

**Ne s'est pas conformé spécifiquement à ce qui suit :**

**art. 221. (2) Le titulaire de permis veille à ce que tout le personnel qui fournit des soins directs aux résidents reçoive la formation prévue au paragraphe 76 (7) de la Loi selon les principes suivants :**

- 1. sous réserve du paragraphe 2, le personnel doit recevoir une formation annuelle dans tous les domaines requis en vertu du paragraphe 76 (7) de la Loi. Règ. O. 79/10, art. 221 (2).**
- 2. Si le titulaire de permis évalue les besoins individuels d'un membre du personnel en matière de formation, celui-ci doit uniquement suivre une formation en fonction de ses besoins évalués. Règ. O. 79/10, art. 221 (2).**

**Findings/Faits saillants :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que tous les membres du personnel qui dispensent des soins directs aux résidents reçoivent une formation relative à la reconnaissance et à la prévention des abus, chaque année ou comme il est déterminé par le titulaire de permis, en fonction des besoins en formation de chaque membre du personnel.

Au cours de l'inspection 2018\_657681\_0006, l'ordonnance de conformité 002 a été transmise au foyer afin de remédier au manquement du titulaire de permis de se conformer à l'art. 20 (1) de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée.

Reportez-vous à l'AE n° 1 pour obtenir plus de détails.

En vertu de l'article 76 (7) de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, tout titulaire de permis doit veiller à ce que tout le personnel qui fournit des soins directs aux résidents reçoive, pour rester en contact avec



**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**

eux, une formation dans les domaines définis dans les paragraphes suivants, à des moments ou à des intervalles prévus par le règlement : Reconnaissance et prévention des abus.

L'inspecteur 679 a examiné le dossier de formation intitulé « Elder Abuse » pour 2017, dans lequel il est indiqué que deux membres du personnel n'avaient pas achevé leur formation sur les abus en 2017.

Un examen de la politique intitulée « Zero Tolerance for Abuse and Neglect », révisée pour la dernière fois le 6 juillet 2018, a révélé que la déclaration des droits du résident et la politique sur la tolérance zéro en matière d'abus ou de négligence seront examinés avec chaque nouvel employé lors de la période d'orientation et annuellement par la suite.

Lors d'un entretien avec le DDS, un dossier pédagogique intitulé « Elder Abuse » a été fourni à l'inspecteur pour l'année 2017 dans lequel il est indiqué que deux membres du personnel n'avaient pas terminé leur formation. [art. 221. (2)]

---

**Émis en cette 19e journée du mois de décembre 2018**

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

**Rapport original signé par l'inspecteur.**



**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**

Long-Term Care Homes Division  
Long-Term Care Inspections Branch

Division des foyers de soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers soins de  
longue durée

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 destinée au public**

<b>Report Date(s)/ Date(s) du rapport</b>	<b>Inspection No/ N° de l'inspection</b>	<b>Log #/ N° de registre</b>	<b>Type of Inspection/ Type d'inspection</b>
Dec 19, 2018	2018_655679_0030	011579-18, 011580-18, 011583-18	Follow up

**Licensee/Titulaire de permis**

Centre de santé St-Joseph de Sudbury  
1140 South Bay Road, SUDBURY, ON P3E 0B6

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

Villa St-Gabriel de Sudbury  
4690 Municipal Road 15, Chelmsford, ON P0M 1L0

**Name of Inspector (ID #)/Nom de l'inspecteur (No) :**

MICHELLE BERARDI (679), SHELLEY MURPHY (684)

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

Ray Ingriselli

To St. Joseph's Health Centre of Sudbury, you are hereby required to comply with the following order(s) by the date(s) set out below:

**Order #/Ordre no :** 001

**Order Type/Genre d'ordre :** Compliance Orders, s. 153. (1) (b)

**Linked to Existing Order/Lien vers ordre existant:** 2018\_657681\_0006, CO #002;



**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**

**Pursuant to / Aux termes de :**

LFSLD, 2007 S.O. 2007, c. 8, art. 20. (1) Sans restreindre en aucune façon la portée générale de l'obligation prévue à l'article 19, le titulaire de permis veille à ce qu'il existe une politique écrite visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de d'abus et de négligence à l'égard des résidents et s'assure du respect de la politique. 2007, c. 8, art. 20 (1).

**Order / Ordre :**

Le titulaire de permis doit se conformer à l'article 20. (1) de la Loi sur les foyers de soins de longue durée.

Le titulaire de permis doit préparer, soumettre et mettre en œuvre un plan pour assurer le respect de la politique écrite visant à promouvoir la tolérance zéro en matière d'abus et de négligence envers les résidents.

Le plan doit inclure, sans toutefois s'y limiter, les éléments suivants :

a) la façon dont le titulaire de permis s'assurera que la politique promouvant la tolérance zéro en matière d'abus et de négligence est respectée;

b) la mise en place d'un système de surveillance pour s'assurer que tout le personnel respecte la politique du foyer intitulée « Zero Tolerance for Abuse and Neglect » et la conservation d'un rapport écrit du système de surveillance

Le plan doit être envoyé par courrier électronique à l'attention de Michelle Berardi, inspectrice du LFSLD. Le programme est dû le 9 janvier 2019 et l'ordonnance doit être exécutée avant le 23 janvier 2019.

Veillez vous assurer que le plan écrit soumis ne contient aucun renseignement personnel et/ou renseignement de santé personnel.

**Grounds / Motifs :**

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'il existe une politique écrite visant à promouvoir la tolérance zéro à l'égard des abus et de la négligence envers les résidents, et à ce que la politique soit respectée.



Au cours de l'inspection 2018\_657681\_0006, l'ordonnance de conformité (OC) 002 a été envoyée au foyer pour remédier au manquement du titulaire de permis de se conformer à l'art. 20 (1) de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée. Le OC a ordonné au foyer de :

- a) veiller à ce que tous les employés qui ont été témoins ou soupçonnent qu'un résident est victime d'abus ou de négligence signalent immédiatement ces allégations, conformément à la politique du foyer.
- b) d'élaborer et de mettre en place un processus garantissant que le personnel sait ce qui constitue un abus et une négligence envers les résidents et qu'il connaît le processus approprié pour signaler ces allégations.

La date limite de conformité de cette ordonnance était le 29 juin 2018.

Un rapport d'incident critique (IC) a été soumis au directeur pour un incident présumé d'abus de visiteurs envers les résidents ayant eu lieu un certain nombre de jours avant la soumission du rapport d'IC. Le rapport d'IC a également révélé que le résident 012 avait présenté au personnel l'allégation de mauvais traitement.

L'inspecteur 679 a examiné les notes d'évolution électroniques du résident 012 qui indiquaient que, le même jour, l'assistant de soins personnels 113 avait documenté l'allégation de mauvais traitement. La note indiquait en outre que l'IAA et l'IA étaient au courant de l'allégation.

Un examen de la politique intitulée « Zero Tolerance for Abuse and Neglect », révisé le 6 juillet 2018, a révélé que le personnel devrait signaler immédiatement, conformément à la politique de l'établissement concernant les rapports des employés, tout incident pouvant entraîner une déclaration obligatoire en vertu de l'art. 24 (1). La politique indique que, dès réception d'une plainte ou après avoir été témoin de maltraitance ou de négligence, le membre du personnel doit immédiatement informer le DADS, le DSS, l'administrateur ou l'IA responsable.

Lors d'un entretien avec l'assistant de soins personnels 113, il a été indiqué que le résident 012 lui avait transmis l'allégation. L'assistant de soins personnels 113 a indiqué qu'il avait transmis l'allégation à l'IA et à l'IAA lors de son quart de travail.

Lors d'un entretien avec l'IA 114, celui-ci a indiqué qu'il était au courant des allégations d'abus. L'IA 114 a indiqué que les allégations d'abus devaient faire l'objet d'une enquête immédiate et être signalées à l'administrateur de garde.

Lors d'un entretien avec le DDS, il a reconnu que la soumission du rapport d'IC était un rapport interne du personnel autorisé effectué plus tard. Le DDS a indiqué que le personnel autorisé devait téléphoner à



**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**

l'administrateur de garde pour signaler l'allégation d'abus, et que l'administrateur de garde ferait alors un rapport au ministère.

La gravité de ce problème a été jugée de niveau deux, car les dommages réels ou potentiels étaient minimes pour les résidents du foyer. La portée du problème était de niveau un, car elle ne concernait qu'un seul résident. Le foyer avait des antécédents de conformité de niveau quatre, puisqu'il y avait toujours non-conformité de cette section de la LFSLD comprenant :

- un avis écrit (AE) publié le 30 avril 2015 lors de l'inspection 2015\_380593\_0006;
- un AE émis le 21 juillet 2015 lors de l'inspection 2015\_380593\_0015;
- un plan de redressement volontaire (PRV) publié le 9 février 2017 lors de l'inspection 2017\_615638\_0004;
- un PRV émis le 4 juillet 2017 lors de l'inspection 2017\_668543\_0004;
- une ordonnance de conformité (OC) émise le 28 mai 2018 lors de l'inspection 2018\_657681\_0006. (679)

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

**Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le : 23 janvier 2019**



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*

## **RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX RÉEXAMENS DE DÉCISION ET AUX APPELS**

PRENEZ AVIS :

Le/la titulaire de permis a le droit de faire une demande de réexamen par le directeur de cet ordre ou de ces ordres, et de demander que le directeur suspende cet ordre ou ces ordres conformément à l'article 163 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée.

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

La demande écrite doit comporter ce qui suit :

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

La demande de réexamen présentée par écrit doit être signifiée en personne, par courrier recommandé, par messagerie commerciale ou par télécopieur, au :

Directeur  
a/s du coordonnateur/de la coordonnatrice en matière d'appels  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée  
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée  
1075, rue Bay, 11e étage  
Toronto ON M5S 2B1  
Télécopieur : 416-327-7603

Quand la signification est faite par courrier recommandé, elle est réputée être faite le cinquième jour qui suit le jour de l'envoi, quand la signification est faite par messagerie commerciale, elle est réputée être faite le deuxième jour ouvrable après le jour où la messagerie reçoit le document, et lorsque la signification est faite par télécopieur, elle est réputée être faite le premier jour ouvrable qui suit le jour de l'envoi de la télécopie. Si un avis écrit de la décision du directeur n'est pas signifié au/à la titulaire de permis dans les 28 jours de la réception de la demande de réexamen présentée par le/la titulaire de permis, cet ordre ou ces ordres sont réputés être confirmés par le directeur, et le/la titulaire de permis est réputé(e) avoir reçu une copie de la décision en question à l'expiration de ce délai.



**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/la titulaire de permis a le droit d'interjeter appel devant la Commission d'appel et de révision des services de santé (CARSS) de la décision du directeur relative à une demande de réexamen d'un ordre ou des ordres d'un inspecteur ou d'une inspectrice conformément à l'article 164 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée. La CARSS est un tribunal autonome qui n'a pas de lien avec le ministère. Elle est créée par la loi pour examiner les questions relatives aux services de santé. Si le/la titulaire décide de faire une demande d'audience, il ou elle doit, dans les 28 jours de la signification de l'avis de la décision du directeur, donner par écrit un avis d'appel à la fois à :

la Commission d'appel et de révision des services de santé et au directeur

À l'attention du/de la registrateur(e) Commission  
d'appel et de révision des services de santé  
151, rue Bloor Ouest, 9e étage  
Toronto ON M5S 1S4

Directeur  
a/s du coordonnateur/de la coordonnatrice en  
matière d'appels  
Direction de l'inspection des foyers de soins de  
longue durée Ministère de la Santé et des Soins de  
longue durée  
1075, rue Bay, 11<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M5S 2B1  
Télécopieur : 416-327-7603

À la réception de votre avis d'appel, la CARSS en accusera réception et fournira des instructions relatives au processus d'appel. Le/la titulaire de permis peut en savoir davantage sur la CARSS sur le site Web [www.hsarb.on.ca](http://www.hsarb.on.ca).

**Émis en cette 19<sup>e</sup> journée du mois de décembre 2018**

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

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

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