

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

**District d'Ottawa**

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée 347, rue Preston, bureau 410

Ottawa (Ontario) K1S 3J4

Téléphone : 877-779-5559

**Rapport public****Date d'émission du rapport : 4 septembre 2025****Numéro d'inspection : 2025-1497-0005****Type d'inspection :**

Inspection proactive de la conformité

**Titulaire de permis : Maxville Manor****Foyer de soins de longue durée et ville : Maxville Manor, Maxville****RÉSUMÉ DE L'INSPECTION**

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 13 au 15, 18 au 22 ainsi que 25 au 28 août 2025.

L'inspection concernait :

- Dossier : n° 00155018 – Inspection proactive de la conformité

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

Soins de la peau et prévention des plaies

Services de soins et de soutien à l'intention des personnes résidentes

Alimentation, nutrition et hydratation

Gestion des médicaments

Conseils des résidents et des familles

Foyer sûr et sécuritaire

Prévention et contrôle des infections

Prévention des mauvais traitements et de la négligence

Amélioration de la qualité

Normes en matière de dotation en personnel, de formation et de soins

Droits et choix des personnes résidentes

Gestion de la douleur



## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### Non-respect rectifié

Un **non-respect** a été constaté lors de cette inspection et il a été **rectifié** par le titulaire de permis avant la fin de l'inspection. L'inspectrice ou l'inspecteur a jugé que les mesures prises pour rectifier le non-respect correspondaient au sens du paragraphe 154(2) et qu'aucune autre mesure n'était nécessaire.

Problème de conformité n° 001 – Non-respect rectifié aux termes du paragraphe 154(2) de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (LRSLD).

#### **Non-respect du : paragraphe 23(3) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Exigences en matière de refroidissement

Paragraphe 23(3) – Le plan de prévention et de gestion des maladies liées à la chaleur du foyer est évalué et mis à jour au moins une fois par année conformément aux pratiques fondées sur des données probantes. Règl. de l'Ont. 246/22, paragraphe 23(3).

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que sa politique sur la prévention et la gestion des maladies liées à la chaleur (révisée pour la dernière fois en avril 2022) fasse l'objet d'une révision annuelle.

Avant que les inspectrices ou inspecteurs terminent leur inspection, le foyer a fourni une politique mise à jour en août 2025.

**Sources :** Politique du foyer sur la prévention et la gestion des maladies liées à la chaleur (révisée pour la dernière fois en août 2025); entretien avec la directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI).

Date de mise en œuvre des mesures de rectification : 28 août 2025.

### AVIS ÉCRIT : Foyer : milieu sûr et sécuritaire

Problème de conformité n° 002 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la LRSLD.

#### **Non-respect de : l'article 5 de la LRSLD**

Foyer : milieu sûr et sécuritaire

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

**District d'Ottawa**

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée 347, rue Preston, bureau 410

Ottawa (Ontario) K1S 3J4

Téléphone : 877-779-5559

Article 5 – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer soit un milieu sûr et sécuritaire pour ses résidents.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que le foyer soit un milieu sûr et sécuritaire pour ses personnes résidentes. En effet, des serrures à loquet coulissant ont été ajoutées à plusieurs portes menant à l'extérieur du foyer, y compris des portes de sortie de secours.

Lors de l'inspection, on a vu que des serrures à loquet coulissant étaient en place du côté intérieur de plusieurs portes menant à l'extérieur du foyer, y compris trois portes de sortie de secours. Sur deux de ces portes, les serrures à loquet coulissant étaient verrouillées et devaient être déverrouillées manuellement en cas d'incendie.

Le service d'incendie local a été informé du problème et les serrures à loquet coulissant ont été retirées par la suite.

**Sources :** Démarches d'observation de l'inspectrice ou de l'inspecteur; entretiens avec des membres du personnel, y compris deux personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP).

## **AVIS ÉCRIT : Obligations précises : propreté et bon état**

Problème de conformité n° 003 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la LRSLD.

### **Non-respect de : l'alinéa 19(2)c) de la LRSLD**

Services d'hébergement

Paragraphe 19(2) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

c) le foyer, l'ameublement et le matériel sont entretenus de sorte qu'ils soient sûrs et en bon état.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'une fenêtre du foyer soit entretenue de sorte qu'elle soit sûre et en bon état.

Plus précisément, dans la chambre à coucher d'une personne résidente, une pièce était endommagée ou manquante sur le châssis inférieur d'une fenêtre. Ainsi, le châssis inférieur de la fenêtre n'était pas bien ajusté.

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

**District d'Ottawa**

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée 347, rue Preston, bureau 410

Ottawa (Ontario) K1S 3J4

Téléphone : 877-779-5559

**Sources :** Démarches d'observation de l'inspectrice ou de l'inspecteur; entretien avec des membres du personnel des services environnementaux.

**AVIS ÉCRIT : Obligation de répondre au conseil des résidents**

Problème de conformité n° 004 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la LRSLD.

**Non-respect du : paragraphe 63(3) de la LRSLD**

Pouvoirs du conseil des résidents

Paragraphe 63(3) – Si le conseil des résidents l'a informé de sujets de préoccupation ou de recommandations en vertu de l'une ou l'autre des dispositions 6 ou 8 du paragraphe (1), le titulaire de permis lui répond par écrit au plus tard 10 jours après avoir été informé de ces sujets de préoccupation ou recommandations.

Lorsque le conseil des résidents a informé le titulaire de permis de sujets de préoccupation ou de recommandations, ce dernier a omis de lui répondre par écrit au plus tard 10 jours après avoir été informé de ces sujets de préoccupation ou recommandations.

Lors d'un examen des procès-verbaux du conseil des résidents, on a constaté qu'une préoccupation concernant le système de communication de la sonnette d'appel avait été consignée dans les procès-verbaux d'août 2024 et d'octobre 2024. Cette question n'avait toujours pas été réglée, et le foyer n'avait toujours pas fourni de réponse. On a trouvé d'autres questions non réglées dans les procès-verbaux, ainsi que des mesures à prendre qui étaient toujours en suspens.

Lors d'un entretien avec l'adjointe ou l'adjoint de direction, elle ou il a confirmé que le foyer ne répondait pas par écrit aux préoccupations du conseil des résidents et qu'on abordait plutôt les questions lors de la réunion suivante, s'il était possible d'y répondre.

**Sources :** Procès-verbaux du conseil des résidents; entretien avec une adjointe ou un adjoint de direction.

**AVIS ÉCRIT : Système de communication bilatérale**

Problème de conformité n° 005 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la LRSLD.

**Non-respect de : l'alinéa 20e) du Règl. de l'Ont. 246/22**

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

**District d'Ottawa**

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée 347, rue Preston, bureau 410

Ottawa (Ontario) K1S 3J4

Téléphone : 877-779-5559

**Système de communication bilatérale**

Article 20 – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer soit doté d'un système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel qui réunit les conditions suivantes :

e) il est disponible dans toute aire à laquelle ont accès les résidents.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que le foyer soit doté d'un système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et les membres du personnel qui est disponible dans toute aire à laquelle ont accès les personnes résidentes.

Lors de l'inspection, on a constaté que les personnes résidentes avaient accès à des vestibules, soit des espaces clos situés entre une porte menant à l'intérieur et une porte menant à l'extérieur, sur les lieux de plusieurs sorties de secours du foyer de soins de longue durée.

Une personne résidente qui était entrée dans le vestibule par la porte de sortie de secours de l'aile F n'a pas pu sortir sans aide. Le système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et les membres du personnel ne pouvait pas être activé depuis l'intérieur du vestibule.

**Sources :** Démarches d'observation de l'inspectrice ou de l'inspecteur; entretiens avec des membres du personnel, y compris des membres du personnel des services environnementaux et deux PSSP.

**AVIS ÉCRIT : Exigences en matière de refroidissement –  
Maladies liées à la chaleur**

Problème de conformité n° 006 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la LRSLD.

**Non-respect de : l'alinéa 23(2)e) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Exigences en matière de refroidissement

Paragraphe 23(2) – Le plan de prévention et de gestion des maladies liées à la chaleur doit, au minimum :

e) comprendre un protocole pour communiquer de manière appropriée le plan de prévention et de gestion des maladies liées à la chaleur aux résidents, au personnel, aux bénévoles, aux mandataires spéciaux, aux visiteurs, au conseil des résidents du foyer, au conseil des familles du foyer, s'il y en a, et à d'autres personnes si cela est

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

**District d'Ottawa**

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée 347, rue Preston, bureau 410

Ottawa (Ontario) K1S 3J4

Téléphone : 877-779-5559

approprié. Règl. de l'Ont. 246/22, paragraphe 23(2); Règl. de l'Ont. 66/23, paragraphe 3(1).

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que sa politique sur la prévention et la gestion des maladies liées à la chaleur (révisée pour la dernière fois en août 2025) comprenne un protocole pour communiquer de manière appropriée le plan de prévention et de gestion des maladies de ce type aux personnes résidentes, aux membres du personnel, aux bénévoles, aux mandataires spéciales et aux mandataires spéciaux, aux visiteurs, de même qu'au conseil des résidents et au conseil des familles du foyer.

**Sources :** Politique du foyer sur la prévention et la gestion des maladies liées à la chaleur (révisée pour la dernière fois en août 2025); entretien avec des membres du personnel infirmier autorisé.

**AVIS ÉCRIT : Exigences en matière de refroidissement –  
Maladies liées à la chaleur**

Problème de conformité n° 007 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la LRSLD.

**Non-respect du : paragraphe 23(4) du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Exigences en matière de refroidissement

Paragraphe 23(4) – Chaque année, le titulaire de permis met en œuvre, entre le 15 mai et le 15 septembre, le plan de prévention et de gestion des maladies liées à la chaleur du foyer. Il doit également le mettre en œuvre :

- a) chaque jour où la température extérieure prévue par Environnement et Changement climatique Canada pour la zone où se trouve le foyer est de 26 degrés Celsius ou plus à un moment quelconque de la journée;
- b) chaque fois que la température dans une aire du foyer, telle que la mesure le titulaire de permis conformément aux paragraphes 24 (2), (3) et (4), atteint 26 degrés Celsius ou plus, pour le reste de la journée et le lendemain. Règl. de l'Ont. 246/22, paragraphe 23(4).

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que le plan de prévention et de gestion des maladies liées à la chaleur du foyer soit mis en œuvre chaque année, entre le 15 mai et le 15 septembre; chaque jour où la température extérieure prévue par Environnement et Changement climatique Canada pour la zone où se trouve le foyer est de 26 degrés

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

**District d'Ottawa**

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée 347, rue Preston, bureau 410

Ottawa (Ontario) K1S 3J4

Téléphone : 877-779-5559

Celsius (°C) ou plus à un moment quelconque de la journée, et chaque fois que la température dans une aire du foyer, telle que la mesure le titulaire de permis conformément aux paragraphes 24 (2), (3) et (4), atteint 26 °C ou plus, pour le reste de la journée et le lendemain.

Plus précisément, la politique sur la prévention et la gestion des maladies liées à la chaleur (révisée pour la dernière fois en août 2025) du foyer ne précise pas l'échéancier nécessaire pour la mise en œuvre de ses dispositions ni ce qu'il convient de faire si la température prévue est de 26 °C ou plus, ou si la température ambiante à l'intérieur du foyer atteint 26 °C ou plus.

Les 22, 23 et 24 août 2025, le foyer a mesuré des températures ambiantes supérieures à 26 °C dans plusieurs aires de l'établissement. Toutefois, il n'y a aucune information permettant d'établir si l'on a mis en œuvre le plan de prévention et de gestion des maladies liées à la chaleur, puisqu'il n'y a aucune exigence à cet égard dans la politique du foyer sur la prévention et la gestion des maladies de ce type.

**Sources :** Politique du foyer sur la prévention et la gestion des maladies liées à la chaleur (révisée pour la dernière fois en août 2025); registres de la température ambiante du foyer pour la période du 29 juillet 2025 au 26 août 2025; entretien avec des membres du personnel des services environnementaux.

**AVIS ÉCRIT : Programmes obligatoires**

Problème de conformité n° 008 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la LRSLD.

**Non-respect de : l'alinéa 53(1)2 du Règl. de l'Ont. 246/22****Programmes obligatoires**

Paragraphe 53(1) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soient élaborés et mis en œuvre au foyer les programmes interdisciplinaires suivants :

2. Un programme de soins de la peau et des plaies visant le maintien d'une bonne intégrité épidermique, la prévention des plaies et des lésions de pression, et le recours à des interventions efficaces en la matière.

Le titulaire de permis a omis de veiller à la mise en œuvre de la politique concernant les soins de la peau et des plaies, notamment en ce qui concerne la tenue de dossiers sur les évaluations hebdomadaires.

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

**District d'Ottawa**

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée 347, rue Preston, bureau 410

Ottawa (Ontario) K1S 3J4

Téléphone : 877-779-5559

Plus précisément, les membres du personnel ont omis de mettre œuvre la politique concernant le programme de soins de la peau et des plaies (nº SWM-01-01, révisée pour la dernière fois le 11 avril 2024).

Selon cette politique, les membres du personnel infirmier autorisé devaient évaluer chaque semaine les lésions de pression supérieures au stade 2 et tout autre problème épidermique nécessitant des soins avancés des plaies, puis consigner les résultats de ces évaluations dans PointClickCare (PCC). Ils devaient également évaluer chaque semaine les plaies inférieures au stade 2 et tout autre problème lié à l'intégrité épidermique, puis consigner les résultats des traitements correspondants dans PCC. On a omis de consigner dans un dossier les résultats des évaluations hebdomadaires de deux personnes résidentes en particulier.

**Sources :** Entretien avec un membre du personnel infirmier; examen des dossiers de santé de deux personnes résidentes et de la politique du programme de soins de la peau et des plaies (nº SWM-01-01, révisée pour la dernière fois le 11 avril 2024).

**AVIS ÉCRIT : Programmes de soins alimentaires et d'hydratation**

Problème de conformité nº 009 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la LRSLD.

**Non-respect de : l'alinéa 74(2)a du Règl. de l'Ont. 246/22**

Programmes de soins alimentaires et d'hydratation

Paragraphe 74(2) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les programmes comprennent ce qui suit :

a) l'élaboration et la mise en œuvre, en consultation avec un diététiste agréé faisant partie du personnel du foyer, de politiques et de marchés à suivre ayant trait aux soins alimentaires, aux services de diététique et à l'hydratation.

Le titulaire de permis a omis de veiller à la mise en œuvre de la politique concernant les registres de la température des aliments.

En effet, selon la politique concernant les registres de la température des aliments (nº 04-04; révisée pour la dernière fois le 2 avril 2025) :

– La température de tous les aliments pouvant être dangereux (chauds et froids) doit être prise à la fin de la préparation, afin de vérifier que la température adéquate a bien été atteinte.

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

**District d'Ottawa**

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée 347, rue Preston, bureau 410

Ottawa (Ontario) K1S 3J4

Téléphone : 877-779-5559

– La température des aliments doit être consignée dans le registre quotidien des températures de la cuisinière ou du cuisinier, lequel est situé dans l'aire réservée à la préparation de la cuisine principale. Les températures prises lors de chaque repas doivent être consignées dans le registre.

On a examiné une période donnée dans le registre quotidien des températures de la cuisinière ou du cuisinier, et l'on a constaté que les membres du personnel avaient omis de consigner la température de plusieurs aliments à l'heure du dîner. De plus, aucune température n'avait été consignée à l'heure du souper.

**Sources :** Examen du registre quotidien des températures de la cuisinière ou du cuisinier et de la politique concernant les registres de la température des aliments; entretiens avec des membres du personnel des services de diététique.

**AVIS ÉCRIT : Service de restauration et de collation**

Problème de conformité n° 010 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la LRSLD.

**Non-respect de : l'alinéa 79(1)4 du Règl. de l'Ont. 246/22**

Service de restauration et de collation

Paragraphe 79(1) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer offre un service de restauration et de collation qui comprend au minimum les éléments suivants :

4. Un processus pour faire en sorte que les préposés au service d'alimentation et les autres membres du personnel chargés d'aider les résidents soient au courant des régimes, des besoins particuliers et des préférences des résidents.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'il existe un processus pour faire en sorte que les préposées ou préposés au service d'alimentation et les autres membres du personnel chargés d'aider les personnes résidentes soient au courant des régimes, des besoins particuliers et des préférences des personnes résidentes, plus précisément en ce qui concerne la consistance des liquides.

À une date donnée en 2025, on a vu des membres du personnel offrir des boissons dans une unité en particulier. On a constaté qu'il n'y avait pas de menu ou de liste sur le chariot indiquant la consistance des liquides requise selon les besoins diététiques individuels de chaque personne résidente. Lors d'une discussion avec deux PSSP,

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

**District d'Ottawa**

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée 347, rue Preston, bureau 410

Ottawa (Ontario) K1S 3J4

Téléphone : 877-779-5559

celles-ci ont indiqué qu'aucun document sur le chariot à collations ne permettait de connaître les consistances des liquides requises pour les personnes résidentes.

**Sources** : Démarche d'observation; entretiens avec deux PSSP.

**AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections**

Problème de conformité n° 011 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la LRSLD.

**Non-respect de : l'alinéa 102(2)b) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Programme de prévention et de contrôle des infections

Paragraphe 102(2) – Le titulaire de permis met en œuvre ce qui suit :

b) les normes ou protocoles que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections. Règl. de l'Ont. 246/22, paragraphe 102(2).

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'on mette en œuvre les normes ou protocoles délivrés par la directrice ou le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections.

Plus précisément, on a omis de respecter l'exigence supplémentaire prévue à l'alinéa 9.1f) de la Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée (la « Norme ») [avril 2022; révisée en 2023]. En effet, lors de démarches d'observation, on a vu une PSSP fournir des soins à une personne résidente à l'égard de laquelle il fallait prendre des précautions quant au contact sans utiliser l'équipement de protection individuelle (EPI) requis, soit une blouse.

**Sources** : Démarches d'observation de l'inspectrice ou de l'inspecteur; entretiens avec plusieurs membres du personnel.

**AVIS ÉCRIT : Entreposage sécuritaire des médicaments**

Problème de conformité n° 012 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la LRSLD.

**Non-respect du : sous-alinéa 138(1)a)(ii) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Entreposage sécuritaire des médicaments

Paragraphe 138(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

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

**District d'Ottawa**

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée 347, rue Preston, bureau 410

Ottawa (Ontario) K1S 3J4

Téléphone : 877-779-5559

réunit les conditions suivantes :

(ii) il est sûr et verrouillé.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'un chariot à médicaments soit sûr et verrouillé.

En effet, à une date donnée en 2025, on a constaté qu'un chariot à médicaments, laissé sans surveillance dans une unité en particulier, n'était pas verrouillé. Puis, on a vu une personne résidente errante et agitée toucher le haut du chariot. Une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé (IA) a indiqué que le chariot à médicaments aurait dû être verrouillé.

**Sources** : Démarches d'observation; entretien avec une ou un IA.

**AVIS ÉCRIT : Orientation**

Problème de conformité n° 013 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la LRSLD.

**Non-respect de : l'alinéa 259(2)f) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Orientation

Paragraphe 259(2) – Le titulaire de permis veille à ce que la formation du personnel en matière de prévention et de contrôle des infections exigée en application de la disposition 9 du paragraphe 82 (2) de la Loi comprenne ce qui suit :

f) les pratiques de nettoyage et de désinfection.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que la formation des membres du personnel en matière de prévention et de contrôle des infections exigée en application de la disposition 9 du paragraphe 82 (2) de la Loi comprenne les pratiques de nettoyage et de désinfection.

Conformément aux paragraphes 82 (1) et 82 (2) de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*, tous les membres du personnel devaient recevoir une formation en matière de prévention et de contrôle des infections, y compris sur les pratiques de nettoyage et de désinfection, avant d'assumer leurs responsabilités.

Toutefois, une PSSP a effectué son premier quart de travail et a contribué à fournir des soins aux personnes résidentes du foyer de soins de longue durée avant de recevoir

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

**District d'Ottawa**

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée 347, rue Preston, bureau 410

Ottawa (Ontario) K1S 3J4

Téléphone : 877-779-5559

une formation sur les pratiques de nettoyage et de désinfection nécessaires à la prévention et au contrôle des infections.

**Sources** : Dossiers de formation et d'orientation pertinents; entretiens avec des membres du personnel.

**ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 001 – Portes dans le foyer**

Problème de conformité n° 014 – Ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154(1)2 de la LRSLD.

**Non-respect du : sous-alinéa 12(1)1.iii. du Règl. de l'Ont. 246/22**

Portes dans le foyer

Paragraphe 12(1) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au respect des règles suivantes :

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

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

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

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

**L'inspectrice/l'inspecteur ordonne au titulaire de permis de faire ce qui suit : Se conformer à un ordre de conformité [alinéa 155(1)a) de la LRSLD] :**

Le titulaire de permis doit voir à ce qui suit :

1) Veiller à ce que toutes les portes donnant sur l'extérieur du foyer, à l'exception des portes donnant sur des aires sécuritaires à l'extérieur qui empêchent les personnes résidentes de sortir, soient dotées d'une alarme sonore qui permet d'annuler les appels uniquement au point d'activation. L'étape (1) doit être achevée avant la date d'échéance pour parvenir à la conformité.

2) Afin de satisfaire à l'exigence de l'étape (1), recenser toutes les portes qui ne sont

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

**District d'Ottawa**

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée 347, rue Preston, bureau 410

Ottawa (Ontario) K1S 3J4

Téléphone : 877-779-5559

pas encore dotées de l'alarme requise en effectuant des tests, puis les équiper de l'alarme en question, s'il y a lieu. Il faut consigner dans un dossier les renseignements sur ces démarches, notamment la date où l'on a réalisé les tests et le nom de la personne qui les a effectués. Chaque porte testée et les résultats de ces tests doivent être consignés dans le dossier écrit.

3) Lorsqu'un test révèle qu'une porte donnant sur une aire non sécuritaire à l'extérieur n'est pas dotée de l'alarme requise, il convient de mettre en œuvre une stratégie d'atténuation des risques qui restera en place jusqu'à ce que la porte soit dotée de l'alarme demandée. Au minimum, veiller à ce que, lorsqu'un membre du personnel reçoit un avis concernant l'ouverture d'une porte donnant sur l'extérieur par le biais du système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et les membres du personnel (téléphones du personnel), celui-ci n'annule pas l'alerte sans se rendre au point d'activation.

Consigner dans un dossier tous les renseignements requis suivant le présent ordre de conformité, et ce, jusqu'à ce que le ministère des Soins de longue durée estime que le titulaire de permis s'est conformé à l'ordre.

**Motifs**

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que toutes les portes donnant sur l'extérieur du foyer, à l'exception des portes donnant sur des aires sécuritaires à l'extérieur qui empêchaient les personnes résidentes de sortir, soient dotées d'une alarme sonore qui permet d'annuler les appels uniquement au point d'activation.

Lors de l'inspection, des membres du personnel ont maintenu deux portes ouvertes sans que cela ne déclenche d'alarme sonore aux portes, notamment une porte donnant sur l'extérieur, située dans une salle d'activité, et une porte de sortie de secours, située près de la chambre d'une personne résidente. Dans les deux cas, les membres du personnel ont pu faire faire une notification reçue par le biais du système de communication bilatérale du foyer de soins de longue durée sans se rendre au point d'activation.

De plus, durant l'inspection, on a établi qu'il y avait plusieurs systèmes de portes distincts dans le foyer, lesquels fonctionnaient différemment. Un membre du personnel des services environnementaux ne savait pas exactement quelles portes donnant sur

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

**District d'Ottawa**

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée 347, rue Preston, bureau 410

Ottawa (Ontario) K1S 3J4

Téléphone : 877-779-5559

des aires non sécuritaires à l'extérieur du foyer étaient dotées d'une alarme sonore et lesquelles ne l'étaient pas.

**Sources :** Démarches d'observation de l'inspectrice ou de l'inspecteur; entretiens avec des membres du personnel, y compris deux membres du personnel des services environnementaux, plusieurs PSSP et une ou un IA.

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le :**

14 octobre 2025.

**ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 002 – Côtés de lit**

Problème de conformité n° 015 – Ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154(1)2 de la LRSLD.

**Non-respect de : l'alinéa 18(1)a) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Côtés de lit

Paragraphe 18(1) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que, si des côtés de lit sont utilisés, les critères suivants soient respectés :

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 réduire au minimum les risques que le lit pose pour le résident.

**L'inspectrice/l'inspecteur ordonne au titulaire de permis de faire ce qui suit : Se conformer à un ordre de conformité [alinéa 155(1)a) de la LRSLD] :**

Le titulaire de permis doit voir à ce qui suit :

1) Élaborer et mettre en œuvre un programme pour la sécurité des lits, lequel garantit que, si des côtés de lits sont utilisés pour une personne résidente, son système de lit fait l'objet d'une évaluation, conformément aux pratiques couramment admises dans le document d'orientation de Santé Canada intitulé *Les lits d'hôpitaux pour adultes : Risque de piégeage des patients, fiabilité du verrouillage des barrières et autres risques* (2008) [ci-après le « document d'orientation de Santé Canada »].

2) Évaluer tous les systèmes de lits du foyer de soins de longue durée qui ont des côtés de lit. L'évaluation doit être réalisée conformément au document d'orientation de Santé

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée    347, rue Preston, bureau 410  
Ottawa (Ontario) K1S 3J4  
Téléphone : 877-779-5559**District d'Ottawa**

Canada. Si une zone potentielle de piégeage échoue au test obligatoire, il faut prendre des mesures pour minimiser les risques que le lit en question pose pour la personne résidente concernée et pour prévenir le piégeage.

3) Veiller à ce que le programme prévu à l'étape (1) comprenne des plans pour la réévaluation des systèmes de lits, qui tiennent compte des effets du vieillissement des composantes (p. ex. desserrement des barrières, ramollissement des matelas) et des modifications apportées aux systèmes de lits. On crée un nouveau système de lit chaque fois qu'on modifie ou remplace une composante d'un ancien système de lit (p. ex. nouveaux côtés de lit ou nouveau matelas), ou lorsqu'on ajoute ou retire un autre accessoire. Ce nouveau système doit être évalué conformément au document d'orientation de Santé Canada.

4) Créer et tenir à jour un inventaire détaillé de tous les systèmes de lits du foyer de soins de longue durée. On doit pouvoir retracer toutes les composantes des systèmes de lit. En outre, il faut consigner dans un dossier les renseignements concernant les évaluations des systèmes de lit (notamment l'état et la position des côtés de lit), de même que les résultats des tests pour les zones potentielles de piégeage. Pour plus de clarté, l'inventaire doit comprendre des renseignements permettant d'identifier toutes les composantes des systèmes de lit, notamment la plateforme, le matelas et le type de côtés de lit. Les mesures correctives pertinentes doivent également être consignées dans ce dossier, le cas échéant. Les renseignements concernant la compatibilité du matelas doivent être clairement inscrits sur le lit, de façon permanente.

5) Veiller à ce que les membres du personnel chargé de l'évaluation des systèmes de lits reçoivent une formation à ce sujet et un soutien continu. Il faut vérifier leur compétence, afin de veiller à ce que les évaluations des systèmes de lit soient effectuées conformément au document d'orientation de Santé Canada, notamment en ce qui concerne l'utilisation appropriée de l'outil dédié aux tests et la tenue de dossiers exacts sur les résultats.

6) Former tous les membres du personnel infirmier à propos du programme pour la sécurité des lits élaboré en application de l'étape (1) du présent ordre de conformité. La formation doit énoncer des directives sur les zones potentielles de piégeage des systèmes de lit et aborder ce qui suit : les différents types de côtés de lits utilisés au foyer, les principales parties du corps à risque de piégeage, les évaluations du risque de piégeage pour les personnes résidentes et les méthodes d'évaluation des zones

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

**District d'Ottawa**

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée 347, rue Preston, bureau 410

Ottawa (Ontario) K1S 3J4

Téléphone : 877-779-5559

potentielles de piégeage en général.

Il faut consigner dans un dossier écrit tous les renseignements requis suivant le présent ordre de conformité, et ce, jusqu'à ce que le ministère des Soins de longue durée estime que le titulaire de permis s'est conformé à l'ordre.

**Motifs**

On a utilisé des côtés de lit pour les besoins d'une personne résidente; le titulaire de permis a omis de veiller à ce que le système de lit de celle-ci soit évalué conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises, afin de réduire au minimum les risques que le lit posait pour la personne.

Lors de ses démarches d'observation, l'inspectrice ou l'inspecteur a vu un grand espace vide dans le périmètre d'un côté de lit qu'on utilisait pour les besoins d'une personne résidente.

Au cours d'un entretien, la ou le DSI a indiqué qu'aucun système de lit dans le foyer de soins de longue durée, y compris celui de cette personne résidente, n'avait été évalué conformément aux pratiques en vigueur, car les membres du personnel ignoraient les exigences à ce sujet.

**Sources** : Démarches d'observation de l'inspectrice ou de l'inspecteur; entretien avec la ou le DSI.

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le :**  
31 octobre 2025.

**ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 003 – Température ambiante**

Problème de conformité n° 016 – Ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154(1)2 de la LRSLD.

**Non-respect du : paragraphe 24(1) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Température ambiante

Paragraphe 24(1) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que la température ambiante du foyer soit maintenue à au moins 22 degrés Celsius.

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée    347, rue Preston, bureau 410  
Ottawa (Ontario) K1S 3J4  
Téléphone : 877-779-5559**District d'Ottawa**

**L'inspectrice/l'inspecteur ordonne au titulaire de permis de faire ce qui suit : Se conformer à un ordre de conformité [alinéa 155(1)a) de la LRSLD] :**

Le titulaire de permis doit voir à ce qui suit :

- 1) Dans les sept jours suivant la réception du présent rapport, former tous les membres du personnel chargé de surveiller et de mesurer la température ambiante dans le foyer à propos de la marche à suivre pour la surveillance de la température ambiante et la tenue de dossier, ainsi que des mesures à prendre si la température ambiante dans le foyer tombe en dessous de 22 °C.
- 2) Consigner dans un dossier les renseignements sur la formation offerte, notamment une description de la formation, le nom du membre du personnel qui a reçu formation, la date de celle-ci et le nom de la personne qui l'a animée.
- 3) Effectuer des vérifications hebdomadaires des registres de la température ambiante, et ce, pendant trois semaines consécutives, afin de veiller au respect de la marche à suivre.
- 4) Prendre des mesures correctives immédiates si l'on constate des écarts par rapport à la marche à suivre.
- 5) Consigner dans un dossier écrit tous les renseignements requis suivant le présent ordre de conformité, et ce, jusqu'à ce que le ministère des Soins de longue durée estime que le titulaire de permis s'est conformé à l'ordre.

**Motifs**

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'on maintienne la température ambiante du foyer à au moins 22 °C. Plus précisément, au cours de la période du 29 juillet 2025 au 26 août 2025, les températures consignées étaient inférieures à 22 °C.

Lors de l'examen des registres de la température ambiante du foyer, on a constaté que la température dans la salle à manger était inférieure à 22 °C le 31 juillet 2025. La température en question a été mesurée à 20,84 °C, à 20,95 °C et à 20,97 °C.

Le 6 août 2025, toutes les températures ambiantes étaient nettement inférieures à 22 °C. La fourchette se situait entre 15,31 °C et 17,75 °C. Le 7 août 2025, les

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

**District d'Ottawa**

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée 347, rue Preston, bureau 410

Ottawa (Ontario) K1S 3J4

Téléphone : 877-779-5559

températures ambiantes étaient nettement inférieures à 22 °C. La fourchette se situait entre 16,83 °C et 18,70 °C. Le 18 août 2025, les températures ambiantes étaient inférieures à 22 °C. La fourchette se situait entre 21,10 °C et 21,80 °C. Le 21 août 2025, les températures ambiantes étaient nettement inférieures à 22 °C. La fourchette se situait entre 13 °C et 24 °C.

Le 28 août 2025, à 9 h 5, lors des démarches d'observation de l'inspectrice ou l'inspecteur, la température ambiante dans trois chambres à coucher de personnes résidentes et dans une salle à manger était inférieure à 22 °C :

- Dans la première chambre à coucher, la température était de 21,6 °C; dans la deuxième, la température était de 19,8 °C; dans la troisième, la température était de 19,9 °C.
- Dans la salle à manger en question, la température était de 21,9 °C.

On a également noté que de nombreuses personnes résidentes portaient des tricots, des manteaux et des couvertures pour se couvrir.

Lors d'un entretien avec une personne résidente, celle-ci a indiqué qu'elle devait, comme d'autres personnes résidentes, porter de gros tricots pour rester au chaud. Elle a également affirmé qu'elle gardait une chaufferette allumée dans sa chambre à coucher pour la réchauffer un peu.

Lors d'un entretien avec un membre du personnel des services environnementaux, celui-ci a confirmé que certaines températures ambiantes étaient grandement inférieures à 22 degrés.

**Sources :** Registres de la température ambiante du foyer; démarches d'observation de l'inspectrice ou de l'inspecteur; entretiens avec un membre du personnel des services environnementaux et une personne résidente.

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le :**

14 octobre 2025.

**ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 004 – Température ambiante**

Problème de conformité n° 017 – Ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154(1)2 de

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

**District d'Ottawa**

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée 347, rue Preston, bureau 410

Ottawa (Ontario) K1S 3J4

Téléphone : 877-779-5559

la LRSLD.

**Non-respect du : paragraphe 24(3) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Température ambiante

Paragraphe 24(3) – La température qui doit être mesurée en application du paragraphe (2) est consignée au moins une fois le matin, une fois l'après-midi, entre 12 h et 17 h, et une fois le soir ou la nuit.

**L'inspectrice/l'inspecteur ordonne au titulaire de permis de faire ce qui suit : Se conformer à un ordre de conformité [alinéa 155(1)a) de la LRSLD] :**

Le titulaire de permis doit voir à ce qui suit :

- 1) Dans les sept jours suivant la réception du présent rapport, mettre en œuvre une marche à suivre visant à garantir que les températures ambiantes sont mesurées et consignées dans un dossier, et ce, à tous les moments prévus par la Règlement, soit une fois le matin, une fois entre midi et 17 h, et une fois le soir ou la nuit.
- 2) Offrir une formation à tous les membres du personnel qui surveilleront et mesureront la température ambiante aux moments susmentionnés.
- 3) Consigner dans un dossier les renseignements sur la formation offerte, notamment une description de la formation, le nom du membre du personnel qui a reçu la formation, la date de celle-ci et le nom de la personne qui l'a animée.
- 4) Effectuer des vérifications hebdomadaires des registres de la température ambiante, et ce, pendant trois semaines consécutives, afin de veiller au respect de la marche à suivre.
- 5) Prendre des mesures correctives immédiates si l'on constate des écarts par rapport à la marche à suivre.

Consigner dans un dossier écrit tous les renseignements requis suivant les points 1 à 5 du présent ordre de conformité, et ce, jusqu'à ce que le ministère des Soins de longue durée estime que le titulaire de permis s'est conformé à l'ordre.

**Motifs**

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que l'on mesure la température ambiante et à ce que l'on consigne les résultats au moins une fois le matin, une fois l'après-midi,

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

**District d'Ottawa**

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée 347, rue Preston, bureau 410

Ottawa (Ontario) K1S 3J4

Téléphone : 877-779-5559

entre midi et 17 h, et une fois le soir ou la nuit.

Plus précisément, le foyer a omis de mesurer et de consigner la température ambiante une fois le soir et la nuit. De plus, le 12 août 2025, on a omis de mesurer la température ambiante entre midi et 17 h. Les 2, 3 et 4 août 2025, on n'a consigné aucune température ambiante.

**Sources :** Registres de la température ambiante du foyer; entretien avec un membre du personnel des services environnementaux et deux membres du personnel infirmier autorisé.

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le :**  
14 octobre 2025.

**ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 005 – Entretien ménager**

Problème de conformité n° 018 – Ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154(1)2 de la LRSLD.

**Non-respect du : sous-alinéa 93(2)b)(i) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Entretien ménager

Paragraphe 93(2) – Dans le cadre du programme structuré de services d'entretien ménager prévu à l'alinéa 19 (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 :

b) le nettoyage et la désinfection des articles suivants conformément aux instructions du fabricant et au moyen, au minimum, d'un désinfectant de faible niveau conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises :

(i) l'équipement destiné aux soins des résidents, notamment les bains hydromasseurs, les baignoires, les chaises de douche et les fauteuils releveurs.

**L'inspectrice/l'inspecteur ordonne au titulaire de permis de faire ce qui suit : Se conformer à un ordre de conformité [alinéa 155(1)a) de la LRSLD] :**

Le titulaire de permis doit voir à ce qui suit :

1) Veiller à ce que toute PSSP embauchée après la réception du présent ordre de conformité reçoive, dans le cadre de sa formation initiale, une formation sur la prévention et le contrôle des infections qui aborde les pratiques de nettoyage et de

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

**District d'Ottawa**

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée 347, rue Preston, bureau 410

Ottawa (Ontario) K1S 3J4

Téléphone : 877-779-5559

désinfection pertinentes, et ce, avant qu'elle n'assume ses responsabilités. Plus précisément, il faut veiller à ce que toute PSSP reçoive une formation sur les marches à suivre du titulaire du permis pour le nettoyage et la désinfection de l'équipement destiné aux soins des personnes résidentes (en particulier les appareils de levage portatifs et les baignoires) au moyen, au minimum, d'un désinfectant de faible niveau, le tout conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et (ou) aux pratiques couramment admises. Consigner dans un dossier les renseignements sur la formation, y compris les noms des membres du personnel qui ont suivi la formation, la date de celle-ci et le nom de la personne qui l'a animée.

2) Offrir aux PSSP une formation d'appoint sur les marches à suivre du titulaire de permis pour le nettoyage et la désinfection de l'équipement destiné aux soins des personnes résidentes (en particulier les appareils de levage portatifs et les baignoires) au moyen, au minimum, d'un désinfectant de faible niveau, le tout conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et (ou) aux pratiques couramment admises. Consigner dans un dossier les renseignements sur la formation, y compris les noms des membres du personnel qui ont suivi la formation, la date de celle-ci et le nom de la personne qui l'a animée.

3) Une fois la formation prévue à l'étape (2) terminée, effectuer des vérifications pendant trois semaines consécutives, afin de veiller à ce que les baignoires et les appareils de levage portatifs soient nettoyés et désinfectés conformément aux marches à suivre du titulaire de permis. Pendant la période susmentionnée pour les vérifications, veiller à réaliser au minimum une vérification par quart de travail, et ce, chaque semaine. Si le personnel s'écarte des marches à suivre pour le nettoyage et la désinfection du titulaire de permis, prendre immédiatement les mesures qui s'imposent.

4) Veiller à ce que les produits nécessaires pour le nettoyage et la désinfection soient facilement accessibles pour les PSSP, au besoin.

Consigner dans un dossier tous les renseignements requis suivant les étapes (1), (2) et (3) du présent ordre de conformité, et ce, jusqu'à ce que le ministère des Soins de longue durée estime que le titulaire de permis s'est conformé à l'ordre.

**Motifs**

Le titulaire de permis a omis de veiller à la mise en œuvre des marches à suivre pour le nettoyage et la désinfection de l'équipement destiné aux soins des personnes

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

**District d'Ottawa**

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée 347, rue Preston, bureau 410

Ottawa (Ontario) K1S 3J4

Téléphone : 877-779-5559

résidentes au moyen, au minimum, d'un désinfectant de faible niveau, le tout conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises.

L'inspectrice ou l'inspecteur a vu un membre du personnel passer de la chambre à coucher d'une personne résidente à une autre, avec un appareil de levage portatif, sans nettoyer ni désinfecter cet appareil entre les utilisations auprès de personnes résidentes.

Lors de l'inspection, on a mené un entretien avec des PSSP, lesquelles ont indiqué qu'elles ne nettoyaient et ne désinfectaient les appareils de levage qu'une fois par quart de travail, voire pas du tout. Une PSSP a mentionné qu'elle utilisait parfois des lingettes désinfectantes pour les mains afin de nettoyer les appareils de levage, notamment lorsqu'on utilisait l'appareil auprès de plus d'une personne résidente pendant son quart de travail.

Lors de ses démarches d'observation, l'inspectrice ou l'inspecteur a vu une PSSP nettoyer et désinfecter la baignoire commune d'une salle de bain, dans une aile en particulier. Celle-ci a essuyé et rincé le produit désinfectant immédiatement après son application, alors que ce dernier devait rester sur la surface de la baignoire pendant dix minutes à des fins de désinfection.

**Sources :** Démarches d'observation de l'inspectrice ou de l'inspecteur; entretiens avec plusieurs PSSP, un membre du personnel des services environnementaux/personnel d'entretien et des membres du personnel infirmier.

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le :**

14 octobre 2025.

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

**District d'Ottawa**

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée 347, rue Preston, bureau 410

Ottawa (Ontario) K1S 3J4

Téléphone : 877-779-5559

**RENSEIGNEMENTS SUR LA RÉVISION/L'APPEL****PRENDRE ACTE**

Le titulaire de permis a le droit de demander une révision par le directeur du ou des présents ordres et/ou du présent avis de pénalité administrative (APA) conformément à l'article 169 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (la Loi).

Le titulaire de permis peut demander au directeur de suspendre le ou les présents ordres en attendant la révision. Si un titulaire de licence demande la révision d'un APA, l'obligation de payer est suspendue jusqu'à la décision de la révision.

Remarque : En vertu de la Loi, les frais de réinspection ne peuvent faire l'objet d'une révision par le directeur ou d'un appel auprès de la Commission d'appel et de révision des services de santé (CARSS). La demande de révision par le directeur doit être présentée par écrit et signifiée au directeur dans les 28 jours suivant la date de signification de l'ordre ou de l'APA au titulaire de permis.

La demande écrite de révision doit comprendre :

- (a) les parties de l'ordre ou de l'APA pour lesquelles la révision est demandée;
- (b) toute observation que le titulaire de permis souhaite que le directeur prenne en considération;
- (c) une adresse de signification pour le titulaire de permis.

La demande écrite de révision doit être signifiée en mains propres, par courrier recommandé, par courriel ou par service de messagerie commerciale à la personne indiquée ci-dessous.

**Directeur**

a/s du coordonnateur des appels

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée du ministère des Soins de longue durée

438, avenue University, 8<sup>e</sup> étage

Toronto (Ontario) M7A 1N3

Courriel : [MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca](mailto:MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca)

Si la signification se fait :

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée 347, rue Preston, bureau 410  
Ottawa (Ontario) K1S 3J4  
Téléphone : 877-779-5559**District d'Ottawa**

(a) par courrier recommandé, elle est réputée être effectuée le cinquième jour après le jour de l'envoi;

(b) par courriel, elle est réputée être effectuée le jour suivant, si le document a été signifié après 16 h;

(c) par service de messagerie commerciale, elle est réputée être effectuée le deuxième jour ouvrable après la réception du document par le service de messagerie commerciale.

Si une copie de la décision du directeur n'est pas signifiée au titulaire de permis dans les 28 jours suivant la réception de la demande de révision du titulaire de permis, le ou les présents ordres et/ou le présent APA sont réputés confirmés par le directeur et, aux fins d'un appel devant la CARSS, le directeur est réputé avoir signifié au titulaire de permis une copie de ladite décision à l'expiration de la période de 28 jours.

En vertu de l'article 170 de la Loi, le titulaire de permis a le droit d'interjeter appel de l'une ou l'autre des décisions suivantes auprès de la CARSS :

(a) un ordre donné par le directeur en vertu des articles 155 à 159 de la Loi;

(b) un APA délivré par le directeur en vertu de l'article 158 de la Loi;

(c) la décision de révision du directeur, rendue en vertu de l'article 169 de la Loi, concernant l'ordre de conformité (art. 155) ou l'APA (art. 158) d'un inspecteur.

La CARSS est un tribunal indépendant qui n'a aucun lien avec le Ministère. Elle est établie par la législation pour examiner les questions relatives aux services de soins de santé. Si le titulaire de permis décide d'interjeter appel, il doit remettre un avis d'appel écrit dans les 28 jours suivant la date à laquelle il a reçu une copie de l'ordre, de l'APA ou de la décision du directeur qui fait l'objet de l'appel. L'avis d'appel doit être remis à la fois à la CARSS et au directeur.

**Commission d'appel et de révision des services de santé**

À l'attention du registrateur

151, rue Bloor Ouest, 9<sup>e</sup> étage,

Toronto (Ontario) M5S 1S4

**Directeur**

a/s du coordonnateur des appels

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

**Ontario** 

**Rapport d'inspection prévu par la  
Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée**

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

**District d'Ottawa**  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée 347, rue Preston, bureau 410  
Ottawa (Ontario) K1S 3J4  
Téléphone : 877-779-5559

Ministère des Soins de longue durée

438, avenue University, 8<sup>e</sup> étage

Toronto (Ontario) M7A 1N3

Courriel : [MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca](mailto:MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca)

Dès réception, la CARSS accusera réception de votre avis d'appel et vous fournira des instructions concernant la procédure d'appel et d'audience. Le titulaire de permis peut en savoir plus sur la CARSS en consultant le site Web [www.hsarb.on.ca](http://www.hsarb.on.ca).