

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Rapport public initial

Date d'émission du rapport : 10 juillet 2024	
Numéro d'inspection : 2024-1328-0002	
Type d'inspection : Plainte Incident critique Suivi	
Titulaire de permis : Extendicare (Canada) Inc.	
Foyer de soins de longue durée et ville : Extendicare Lakefield, Lakefield	
Inspectrice principale Karyn Wood (601)	Signature numérique de l'inspectrice
Autres inspectrices Chantal Lafreniere (194) Yvonne Gaudaur (000804)	

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 3 au 7, les 13 et 14, et du 17 au 21 juin 2024.

L'inspection concernait :

- Une plainte concernant la gestion des chutes et de la négligence à l'égard d'une personne résidente.
- Suivi n° 1 – Alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22 concernant la prévention et le contrôle des infections (PCI).
- Une plainte concernant les niveaux de dotation, de la négligence, les politiques sur l'isolement, le manque d'activités, ainsi que l'omission de bains et de repas.
- Une plainte concernant une personne résidente portée disparue, les niveaux de dotation et de la négligence.
- Un incident critique concernant une personne résidente portée disparue.
- Une plainte concernant la fugue d'une personne résidente.
- Un incident critique concernant une personne ayant des blessures qui a été portée disparue.

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

- Quatre incidents critiques concernant une chute entraînant des blessures.

Ordres de conformité délivrés antérieurement

L'inspection a établi la conformité à l'ordre ou aux ordres de conformité suivants délivrés antérieurement :

Ordre n° 001 de l'inspection n° 2024-1328-0001 en lien avec l'alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, inspecté par Yvonne Gaudaur (000804)

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

- Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
- Soins liés à l'incontinence
- Gestion des médicaments
- Alimentation, nutrition et hydratation
- Conseils des résidents et des familles
- Prévention et contrôle des infections
- Foyer sûr et sécuritaire
- Comportements réactifs
- Normes de dotation, de formation et de soins
- Rapports et plaintes
- Activités récréatives et sociales
- Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Obligation du titulaire de permis de se conformer au programme

Problème de conformité n° 001 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Non-respect : du paragraphe 6 (7) de la *LRS LD* (2021)

Programme de soins

Paragraphe 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.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis à une personne résidente, tel que le précise le programme.

Justification et résumé

Une plainte selon laquelle on n'a pas répondu aux besoins d'une personne résidente en matière de soins, ce qui comprend la gestion des comportements réactifs de cette dernière, a été soumise au directeur.

Le programme de soins de la personne résidente en ce qui a trait aux comportements réactifs comprenait des interventions en matière de sécurité si la personne résidente se trouvait près d'un lieu précis. L'observation de la surveillance vidéo et l'entretien avec un membre du personnel d'agence ont permis de constater que les interventions prévues en matière de sécurité n'avaient pas été mises en œuvre. La personne résidente est entrée dans un lieu déterminé qui lui faisait courir un risque de blessure en raison de comportements réactifs.

Sources : Courriel envoyé à l'agence, programme de soins, notes d'évolution, surveillance vidéo et entretiens avec le membre du personnel d'agence. [601]

AVIS ÉCRIT : Documentation

Problème de conformité n° 002 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRS LD* (2021).

Non-respect : de la disposition 1 du paragraphe 6 (9) de la *LRS LD* (2021).

Programme de soins

Paragraphe 6 (9) Le titulaire de permis veille à ce que les éléments suivants soient documentés :

- 1 La prestation des soins prévus dans le programme de soins.

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la prestation des soins prévus dans le programme de soins de deux personnes résidentes soit consignée par écrit.

Justification et résumé

Un rapport d'incident critique (IC) et une plainte, selon lesquels les personnes résidentes avaient des comportements réactifs qui leur faisaient courir un risque de blessure, ont été soumis au directeur.

Le programme de soins de ces personnes résidentes prévoyait des vérifications de sécurité toutes les heures en vue de gérer leur risque de blessure.

Les personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP) étaient tenues de consigner par écrit les vérifications de sécurité ainsi que la prestation des soins à ces personnes résidentes à l'aide de l'application Point of Care.

1) En ce qui concerne la personne résidente n° 001, les documents relatifs aux vérifications de sécurité, à l'ingestion d'aliments et de liquides et aux bains étaient incomplets.

2) En ce qui concerne la personne résidente n° 004, les documents relatifs aux vérifications de sécurité étaient incomplets.

Les PSSP et le personnel autorisé ont déclaré que les contraintes de temps attribuables à la pénurie de personnel retardaient souvent la consignation par écrit et qu'il arrivait que les documents dans l'application Point of Care ne reflètent pas les soins réellement reçus.

La directrice des soins a confirmé qu'elle était au courant que les PSSP déclaraient ne pas avoir assez de temps pour enregistrer de l'information dans l'application Point of Care en raison de lacunes en matière de dotation. La directrice des soins a déclaré que les PSSP avaient reçu une formation sur l'importance d'enregistrer de l'information. La directrice des soins a confirmé qu'il y a eu des quarts de travail où les PSSP travaillaient avec moins d'effectifs et que les documents sur les soins personnels des personnes résidentes étaient incomplets.

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que la prestation des soins prévus dans le programme de soins des personnes résidentes soit consignée par écrit a compromis le bien-être de ces dernières en raison de la capacité réduite à assurer une surveillance et une évaluation efficaces des interventions.

Sources : Rapport d'enquête sur la documentation des personnes résidentes, programme de soins, notes d'évolution, registres quotidiens et entretiens avec le personnel. [601]

AVIS ÉCRIT : Bain

Problème de conformité n° 003 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : du paragraphe 37 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Bain

Paragraphe 37 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque résident du foyer prenne un bain au moins deux fois par semaine en utilisant la méthode de son choix ou plus souvent compte tenu de ses besoins en matière d'hygiène, sauf si la chose est contre-indiquée en raison d'un état pathologique.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que deux personnes résidentes prennent un bain au moins deux fois par semaine.

Justification et résumé

Une plainte selon laquelle on n'a pas répondu aux besoins de personnes résidentes en matière de soins, ce qui comprend l'omission de bains en raison de la pénurie de personnel, a été soumise au directeur.

Les documents relatifs aux bains des personnes résidentes étaient incomplets lors de plusieurs jours où leur bain était prévu. Le personnel a confirmé que, certains jours, les personnes résidentes n'ont pas reçu le bain prévu en raison de la pénurie de personnel.

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Le commis à la dotation en personnel infirmier et la directrice des soins ont confirmé que la section accessible aux personnes résidentes ne disposait pas d'un effectif complet de PSSP lors de plusieurs quarts du soir. La directrice des soins a reconnu qu'il arrivait que les personnes résidentes ne reçoivent pas le bain prévu en raison de la pénurie de personnel.

Le fait de ne pas veiller à ce qu'une personne résidente reçoive les bains prévus, au moins deux fois par semaine, pourrait nuire à sa qualité de vie et lui faire courir des risques quant à une mauvaise hygiène personnelle et à d'autres problèmes de santé.

Sources : Notes d'évolution des personnes résidentes, rapports d'enquête sur les documents, programme de soins et entretiens avec le personnel. [601] [000804]

AVIS ÉCRIT : Travail social et techniques de travail social

Problème de conformité n° 004 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de l'article 68 du Règl. de l'Ont. 246/22

Travail social et techniques de travail social

Article 68. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soit consignée par écrit une description des services de travail social et de techniques de travail social fournis au foyer et à ce que les techniques répondent aux besoins des résidents.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un travailleur social soit disponible pour une personne résidente.

Justification et résumé

La personne résidente avait une déficience cognitive et des comportements réactifs.

On a déterminé que le travailleur social fait partie de l'équipe de direction interdisciplinaire. La description écrite des rôles et responsabilités du travailleur

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

social inscrit englobait la santé mentale et les comportements réactifs.

L'administrateur a reconnu que le mandataire spécial de la personne résidente avait demandé les services d'un travailleur social pour cette dernière. L'administrateur a confirmé qu'aucun travailleur social ne travaille actuellement dans le foyer et que, par conséquent, aucun travailleur social n'était disponible pour la personne résidente comme le demandait son mandataire spécial.

L'absence d'un travailleur social, qui aurait pu accompagner la personne résidente en ce qui concerne ses comportements réactifs, a eu un effet négatif sur cette dernière.

Sources : Dossier de santé clinique de la personne résidente, rôles et responsabilités du travailleur social inscrit d'Extendicare et entretiens avec l'administrateur. [601]

AVIS ÉCRIT : Planification des menus

Problème de conformité n° 005 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : du paragraphe 77 (5) du Règl. de l'Ont. 246/22

Planification des menus

Paragraphe 77 (5) Le titulaire de permis veille à ce que les choix indiqués au menu planifié soient offerts et disponibles à chaque repas et collation. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 390 (1).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les choix indiqués au menu planifié soient offerts et disponibles à chaque repas et collation.

Justification et résumé

L'inspectrice n° 194 a observé que les collations ou repas du matin n'étaient pas fournis aux personnes résidentes dans plusieurs zones du foyer.

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Le menu des collations exigeait que des liquides soient fournis aux personnes résidentes entre le déjeuner et le dîner. Les entretiens avec plusieurs membres du personnel ont permis de confirmer que les repas du matin n'étaient pas toujours servis aux personnes résidentes en raison de la pénurie de personnel et de contraintes de temps.

Les personnes résidentes couraient un risque de déshydratation lorsque le service du repas du matin n'était pas offert ou fourni.

Sources : Menu des collations, observation du service des repas et entretien avec le personnel. [194]

AVIS ÉCRIT : Rapports : incidents graves

Problème de conformité n° 006 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de la disposition 4 du paragraphe 115 (3) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Rapports : incidents graves

Paragraphe 115 (3) Le titulaire de permis veille, d'une part, à aviser le directeur lorsque se produisent au foyer les incidents suivants et ce, au plus tard un jour ouvrable après l'incident, et, d'autre part à faire suivre le rapport exigé au paragraphe (5) :

4. Sous réserve du paragraphe (4), un incident cause à un résident une lésion nécessitant son transport à l'hôpital et provoque un changement important dans son état de santé.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à aviser le directeur lorsque s'est produit un incident qui a causé à une personne résidente une lésion nécessitant son transport à l'hôpital et qui a provoqué un changement important dans son état 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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Justification et résumé

Une plainte selon laquelle on n'a pas répondu aux besoins de la personne résidente en matière de soins, ce qui comprend la surveillance de cette dernière afin d'éviter qu'elle se blesse, a été soumise au directeur.

La personne résidente a été transférée à l'hôpital, puis hospitalisée, à la suite d'une chute ayant entraîné une blessure alors qu'il n'y avait aucun témoin.

La directrice des soins a reconnu qu'aucun rapport d'incident critique concernant l'incident n'a été rédigé et qu'aucun appel au ministère n'a été fait au moyen du numéro de téléphone à utiliser après les heures de bureau pour aviser le directeur de la blessure de la personne résidente ou du résultat de l'enquête interne.

Le fait de ne pas avoir veillé à aviser immédiatement le directeur de la chute de la personne résidente et de son transfert à l'hôpital pour une blessure grave a mis la personne résidente en danger en raison d'un manque de transparence et de communication avec le directeur.

Sources : Notes d'évolution de la personne résidente, évaluation après la chute, feuille sommaire d'hospitalisation remplie par le médecin exerçant en milieu hospitalier et entretien avec la directrice des soins. [601]

AVIS ÉCRIT : Rapports : incidents graves

Problème de conformité n° 007 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de la sous-disposition 3 v du paragraphe 115 (5) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Rapports : incidents graves

Paragraphe 115 (5) Le titulaire de permis qui est tenu d'informer le directeur d'un incident en application du paragraphe (1), (3) ou (4), dans les 10 jours qui suivent le moment où il prend connaissance de l'incident, ou plus tôt si le directeur l'exige, fait un rapport écrit au directeur où figurent les renseignements suivants à l'égard de l'incident :

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

3. Les mesures prises par suite de l'incident, notamment :
v. le résultat atteint ou l'état actuel du ou des particuliers impliqués dans l'incident.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le rapport d'incident critique soit mis à jour en fonction du résultat atteint et de l'état de la personne impliquée dans l'incident.

Justification et résumé

Un rapport d'incident critique a été soumis au directeur pour signaler la chute d'une personne résidente. Le rapport d'incident critique n'a pas été mis à jour pour signaler la gravité de la blessure de la personne résidente et le résultat négatif que cela a eu pour elle. L'infirmière autorisée (IA) a consigné dans les notes d'évolution de la personne résidente que cette dernière a reçu un diagnostic de blessure grave.

L'administrateur a confirmé que le rapport d'incident critique aurait dû être modifié pour indiquer que la personne résidente avait reçu une blessure grave et que cela avait eu un résultat négatif pour elle.

Le fait de ne pas mettre à jour le rapport d'incident critique en fonction du résultat atteint et de l'état de la personne résidente a empêché d'assurer un suivi adéquat.

Sources : Rapport d'incident critique, dossiers de santé cliniques d'une personne résidente et entretien avec l'administrateur. [000804]

AVIS ÉCRIT : Administration des médicaments

Problème de conformité n° 008 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : du paragraphe 140 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Administration des médicaments

Paragraphe 140 (2) Le titulaire de permis veille à ce que les médicaments soient administrés aux résidents conformément au mode d'emploi précisé par le prescripteur. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 140 (2).

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les médicaments soient administrés à une personne résidente conformément aux indications du prescripteur.

Justification et résumé

Une plainte selon laquelle on n'a pas répondu aux besoins d'une personne résidente en matière de soins, ce qui comprend l'administration des médicaments de la personne résidente, a été soumise au directeur.

Il a été impossible d'obtenir de la pharmacie les médicaments prescrits à la personne résidente par le médecin pour le matin afin de les lui administrer le lendemain de son retour de l'hôpital. Une infirmière auxiliaire autorisée (IAA) a reconnu que la personne résidente n'avait pas reçu ses médicaments parce qu'ils n'étaient pas disponibles à la pharmacie.

La personne résidente risquait de voir son état de santé se détériorer lorsqu'il y a eu une omission dans l'administration des médicaments qui lui ont été prescrits par le médecin pour gérer son état de santé.

Sources : Notes d'évolution de la personne résidente, registre électronique d'administration des médicaments et entretien avec le personnel. [601]

AVIS ÉCRIT : Médecin-hygiéniste en chef et médecin-hygiéniste

Problème de conformité n° 009 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de l'article 272 du Règl. de l'Ont. 246/22

Médecin-hygiéniste en chef et médecin-hygiéniste

Article 272. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à assurer le respect de tous les ordres, ou conseils et toutes les directives, orientations ou recommandations applicables que formule le médecin-hygiéniste en chef ou le médecin-hygiéniste nommé en vertu de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à assurer le respect dans le foyer de tous les ordres ou conseils et de toutes les directives, orientations ou recommandations

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

applicables que formule le médecin-hygiéniste en chef, notamment le fait d'avoir en sa possession du désinfectant pour les mains à base d'alcool qui n'est pas périmé.

Justification et résumé

Lors d'une visite du foyer, on a constaté que du désinfectant pour les mains à base d'alcool (DMBA) qui se trouvait dans un salon des personnes résidentes et sur une table à l'extérieur de la chambre d'une personne résidente était périmé.

La responsable de la prévention et du contrôle des infections (PCI) a confirmé que les contenants de DMBA devaient être vérifiés et remplis par le gestionnaire des services environnementaux. Le gestionnaire des services environnementaux a indiqué que son équipe était chargée de vérifier le DMBA dans le foyer et de s'assurer que celui-ci n'était pas périmé.

Le fait de ne pas avoir vérifié si le DMBA était périmé a augmenté le risque de propagation d'infections dans le foyer.

Sources : Visite du foyer et entretien avec le personnel (responsable de la PCI et gestionnaire des services environnementaux). [194]

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 001 Foyer : milieu sûr et sécuritaire

Problème de conformité n° 010 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de l'article 5 de la *LRSLD* (2021)

Foyer, milieu sûr et sécuritaire

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.

L'inspectrice ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de conformité [*LRSLD* (2021), alinéa 155 (1) a) :

Plus précisément, le titulaire de permis doit :

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

1) L'administrateur nommera une personne chargée de superviser le système de protection contre l'errance, dont les dispositifs de protection contre l'errance des personnes résidentes et le lecteur de poche de ces dispositifs, afin de s'assurer que l'équipement fonctionne correctement.

2) L'administrateur ou la directrice des soins veillera à ce que le dispositif de protection contre l'errance d'une personne résidente donnée soit remplacé immédiatement lorsque le lecteur de poche des dispositifs ou le personnel détermine que le dispositif de la personne résidente ne fonctionne pas correctement. Veiller à ce qu'un dossier écrit soit conservé et à ce qu'on y ait inscrit la raison pour laquelle on a déterminé que le dispositif de protection contre l'errance de la personne résidente ne fonctionne pas correctement ainsi que les mesures qui ont été prises pour assurer la sécurité de la personne résidente. Fournir les dossiers immédiatement à l'inspectrice lorsqu'elle le demande.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer soit un milieu sûr et sécuritaire pour ses personnes résidentes.

Justification et résumé

Une plainte et des rapports d'incident critique ont été soumis au directeur concernant le système de protection contre l'errance.

Deux personnes résidentes avaient sur elles un dispositif de sécurité en raison de comportements réactifs. Il est arrivé que ces dispositifs ne fonctionnent pas correctement.

On avait donné le même dispositif de sécurité à deux autres personnes résidentes. La sécurité de ces dernières a été compromise lorsque ces dispositifs de sécurité n'ont pas fonctionné correctement. On avait prévu que le personnel autorisé vérifierait quotidiennement ces dispositifs de sécurité à l'aide du lecteur de poche des dispositifs. La directrice des soins et l'administrateur ont reconnu que le dispositif de sécurité d'une personne résidente ne fonctionnait pas correctement

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

une fois et que la personne résidente a reçu un nouveau dispositif de sécurité aussitôt que l'on a décelé le problème.

Les problèmes de conformité suivants liés à la sécurité des personnes résidentes et au système de protection contre l'errance ont été signalés dans ce rapport :

- *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée (LRSLD)*, 2021, par. 6. (7) – Le titulaire de permis n'a pas respecté le programme de soins d'une personne résidente concernant ses comportements réactifs.
- Article 26 du Règl. de l'Ont. 246/22 – Le titulaire de permis n'a pas respecté les instructions du fabricant sur la façon de vérifier les dispositifs de sécurité des personnes résidentes à l'aide du lecteur de poche de ces dispositifs.
- Disposition 1 du paragraphe 6 (g) de la *LRSLD* (2021) – Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les documents relatifs à la surveillance de la sécurité de deux personnes résidentes, prévus dans le programme de soins, soient remplis.

Les interventions visant à gérer la sécurité des personnes résidentes n'étaient pas efficaces et elles ont fait courir un risque de blessure aux personnes résidentes.

Sources : Notes d'évolution des personnes résidentes, registre électronique d'administration des médicaments, enquête interne du titulaire de permis et déclarations des témoins, observation de la surveillance vidéo, deux rapports d'incident critique et entretiens avec le personnel. [601]

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 16 août 2024

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 002 Observation des instructions du fabricant

Problème de conformité n° 011 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de l'article 26 du Règl. de l'Ont. 246/22

Observation des instructions du fabricant

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Article 26. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le personnel utilise l'ensemble de l'équipement, des fournitures, des appareils, des appareils fonctionnels et des aides pour changer de position du foyer conformément aux instructions du fabricant.

L'inspectrice ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de conformité [LRSLD (2021), alinéa 155 (1) a)]:

Plus précisément, le titulaire de permis doit :

1) L'administrateur ou la directrice des soins assurera la formation de l'ensemble du personnel infirmier autorisé pour la vérification des dispositifs conformément aux instructions du fabricant. La formation devra comprendre des indications sur : la manière d'utiliser le lecteur conformément aux instructions du fabricant; le moment où les dispositifs des personnes résidentes devront être vérifiés; la façon de déterminer si les dispositifs des personnes résidentes et le lecteur de poche de ces dispositifs fonctionnent correctement; la façon de remplacer le dispositif d'une personne résidente s'il ne fonctionne pas correctement; l'endroit où consigner par écrit les résultats de la vérification des dispositifs des personnes résidentes.

2) Veiller à ce qu'un dossier écrit soit conservé concernant la première partie du présent ordre de conformité, ce qui comprend le contenu de la formation qui sera offerte au personnel autorisé relativement au système de protection contre l'errance, notamment la personne qui a offert la formation, les noms des membres du personnel autorisé qui ont suivi la formation et la date à laquelle la formation a été offerte. Fournir les dossiers immédiatement à l'inspectrice lorsqu'elle le demande.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel utilise l'ensemble de l'équipement et des appareils du foyer conformément aux instructions du fabricant.

Justification et résumé

Une plainte et des rapports d'incident critique ont été soumis au directeur quant à la sécurité du système de protection contre l'errance.

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Les entretiens avec le personnel autorisé, les déclarations de témoins et les observations de l'inspectrice n° 601 ont mis en évidence que le personnel ne suivait pas les instructions du fabricant pour le lecteur de poche des dispositifs.

Le fait de ne pas suivre les instructions du fabricant pour vérifier les dispositifs de sécurité des personnes résidentes à l'aide du lecteur de poche de ces dispositifs a augmenté le risque que des personnes résidentes se blessent.

Sources : Instructions et guides d'utilisation du fabricant, enquête interne du titulaire de permis et déclarations de témoins, observations et entretiens avec le personnel. [601]

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

le 10 septembre 2024

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 003 Services infirmiers et services de soutien personnel

Problème de conformité n° 012 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de l'alinéa 35 (3) a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Services infirmiers et services de soutien personnel

Paragraphe 35 (3) Le plan de dotation en personnel doit :

a) prévoir une dotation en personnel variée qui est compatible avec les besoins évalués des résidents en matière de soins et de sécurité et qui satisfait aux exigences de la Loi et du présent règlement;

L'inspectrice ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de conformité [LRSLD (2021), alinéa 155 (1) a)] :

Plus précisément, le titulaire de permis doit :

1) La directrice des soins élaborera une procédure écrite qui englobera les éléments suivants.

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

- a) Affecter pour chaque quart de travail une IA, qui travaille régulièrement dans le foyer, ou un gestionnaire qui sera chargé de veiller à ce que l'on réponde aux besoins des personnes résidentes en matière de sécurité et de soins lorsqu'il y a une pénurie de personnel.
- b) Donner des indications à l'IA désignée ou au gestionnaire désigné pour obtenir au début et au milieu de chaque quart de travail un rapport verbal du personnel infirmier de chaque unité concernant les problèmes liés à la charge de travail lorsqu'il y a une pénurie de personnel.
- c) Donner des indications pour déterminer le moment où le personnel devra être réaffecté à une autre unité au cours d'un quart de travail afin de répondre aux besoins évalués des personnes résidentes en matière de soins. Le personnel doit collaborer et travailler ensemble jusqu'à ce que toutes les personnes résidentes aient reçu des soins personnels en temps voulu.
- d) Consigner par écrit une brève description du plan de mesures d'urgence mis en œuvre lors de chaque quart de travail où il y avait une pénurie de personnel ou au cours duquel on n'a pas répondu aux besoins des personnes résidentes en matière de soins.
- 2) Fournir immédiatement aux inspecteurs la procédure écrite et les documents relatifs aux plans de mesures d'urgence lorsqu'ils le demandent.
- 3) Examiner et mettre à jour le plan d'urgence actuel relatif aux effectifs du foyer pour qu'il reflète les éléments suivants.
- Le poste de concierge n'est plus vacant.
 - Le gestionnaire de garde doit être avisé en cas de pénurie de personnel de plus de deux personnes au cours d'un quart de travail.
 - Indications pour que le gestionnaire de garde consigne par écrit la façon dont le plan d'urgence a été mis en œuvre, ainsi que les mesures prises.
- 4) Chaque service (diététique, programmes, soins infirmiers et direction) doit fournir des preuves écrites que le plan d'urgence a été mis en place et définir les membres du personnel concernés pendant quatre semaines. Les preuves à l'appui doivent

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

être conservées et immédiatement mises à la disposition de l'inspectrice lorsqu'elle le demande.

5) Vérifications hebdomadaires pendant quatre semaines de la pénurie de personnel dans le foyer et de la façon dont elle a été gérée. Les vérifications doivent être réalisées par la directrice des soins. Elles doivent comprendre le nombre de postes vacants d'IA, d'IAA et de PSSP pour chaque quart de travail. Les vérifications doivent également indiquer les mesures prises, notamment si le personnel d'agence a été appelé, si le quart de travail a été offert à l'ensemble du personnel, si tous les services ont été réaffectés, l'identité du gestionnaire de garde et le moment où il a été avisé.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la composition du personnel convienne bien aux besoins évalués des personnes résidentes en matière de soins et de sécurité alors que ces dernières n'ont pas reçu les soins correspondant à leurs besoins évalués.

Justification et résumé

Des plaintes selon lesquelles la pénurie de personnel a fait en sorte que les personnes résidentes n'ont pas reçu les bains prévus ont été présentées.

Les problèmes de conformité suivants liés à la pénurie de personnel ont été signalés dans ce rapport :

- Paragraphe 37 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22, concernant les personnes résidentes qui ne recevaient pas au moins deux bains par semaine, selon la méthode de leur choix;
- Disposition 1 du paragraphe 6 (9) de la *LRSLD* (2021), concernant les documents relatifs à la prestation de soins aux personnes résidentes qui étaient incomplets;
- Paragraphe 77 (5) du Règl. de l'Ont. 246/22, concernant les choix indiqués au menu planifié qui ne sont pas offerts à chaque collation.

Ministère des Soins de longue duréeDivision des opérations relatives aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée**District du Centre-Est**33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

La directrice des soins a reconnu que les horaires de travail du personnel changeaient tous les jours et qu'il y avait des quarts de travail où les niveaux de dotation étaient inférieurs à l'effectif. La directrice des soins a indiqué que des efforts de recrutement de personnel étaient en cours et qu'il y avait des postes de PSSP et de personnel autorisé qui étaient toujours vacants conformément au plan relatif aux effectifs. Selon la directrice des soins, plusieurs membres du personnel d'agence travaillent dans le foyer et des efforts sont déployés pour assurer la continuité de la prestation des soins aux personnes résidentes.

Le plan d'urgence relatif aux effectifs décrivait les stratégies qui devaient être mises en œuvre par le foyer lorsque l'on ne disposait pas d'un effectif complet. Le titulaire de permis n'a pas mis en œuvre son plan d'urgence. Le titulaire de permis n'a pas été en mesure de recruter et de maintenir en poste du personnel conformément à son plan relatif aux effectifs.

Il y avait un risque de préjudice lorsque l'on ne répondait pas aux besoins évalués des personnes résidentes en matière de soins en raison d'une pénurie de personnel.

Sources : Plan directeur, aide-mémoire quotidiens concernant la dotation, plan relatif aux effectifs, plan d'urgence relatif aux effectifs, évaluation du plan relatif aux effectifs et entretiens avec le personnel. [194]

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

le 10 septembre 2024

**ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 004 Programme de prévention
et de contrôle des infections**

Problème de conformité n° 013 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

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, par. 102 (2).

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

L'inspectrice ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de conformité [LRSLD (2021), alinéa 155 (1) a)] :

Plus précisément, le titulaire de permis doit :

1) Assurer la direction, la surveillance et la supervision dans toutes les zones du foyer par l'intermédiaire de l'équipe de direction ou d'un membre désigné du personnel autorisé pendant deux semaines, et ce, en assurant une présence dans chaque zone du foyer pendant au moins vingt minutes lors de chaque quart de travail afin de veiller à ce que le personnel respecte les pratiques appropriées de PCI lorsqu'il donne des soins aux personnes résidentes. Tenir un dossier écrit qui indique les personnes affectées aux unités, y compris les dates et les périodes, et le mettre immédiatement à la disposition des inspecteurs qui en font la demande.

Si cette tâche est confiée au membre désigné du personnel autorisé, on ne doit pas prévoir que ce dernier donne des soins directs dans une zone du foyer pendant qu'il s'assure du respect des pratiques de PCI.

2) Au cours des deux semaines suivant la réception du présent ordre de conformité, la personne responsable de la PCI, ou responsable désignée des soins infirmiers, procédera à des vérifications quotidiennes pendant une semaine, puis à des vérifications deux fois par semaine pendant deux semaines en ce qui concerne l'enfilage d'équipement de protection individuelle (EPI). Assurer la sensibilisation et une formation en cours d'emploi des membres du personnel qui ne respectent pas les mesures appropriées de PCI et effectuer le suivi des résultats des vérifications réalisées pour déterminer si ce sont les mêmes membres du personnel qui sont concernés dans les problèmes de non-conformité. Les vérifications doivent inclure le nom de la personne qui a effectué la vérification, les problèmes de non-conformité constatés et les mesures correctives qui ont été prises pour remédier aux problèmes de non-conformité. Tenir un dossier écrit qui indique les vérifications réalisées et le mettre immédiatement à la disposition des inspecteurs qui en font la demande.

3) La directrice des soins et la responsable de la PCI élaboreront et mettront en œuvre une procédure pour les personnes résidentes qui ne respectent pas les mesures d'isolement, ce qui comprendra des interventions propres aux personnes

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

résidentes pour réduire autant que possible le risque. Veiller à ce que l'ensemble du personnel, y compris le personnel d'agence, soit informé des interventions propres aux personnes résidentes, des mesures supplémentaires en place et de l'EPI exigé.

Motifs

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des précautions supplémentaires soient respectées dans le cadre du programme de PCI conformément à la *Norme de PCI pour les foyers de soins de longue durée* qui a été révisée en septembre 2023.

L'exigence supplémentaire 9.1 de la Norme de PCI demande au titulaire de permis de veiller à ce que les pratiques de base et les précautions supplémentaires soient respectées dans le cadre du programme de PCI.

Le point f) de la section 9.1 relative aux précautions supplémentaires doit au moins comprendre des exigences supplémentaires en matière d'EPI, notamment en ce qui concerne le choix, le port, le retrait et l'élimination adéquats de l'EPI.

Justification et résumé

On a observé un aide-soignant d'agence alors qu'il aidait une personne résidente ayant des comportements réactifs à l'extérieur de sa chambre. L'aide-soignant d'agence a accompagné la personne résidente jusqu'à sa chambre, puis est entré dans la chambre, où une affiche indiquait les précautions requises quant à l'éventualité de transmission par gouttelettes et par contact. L'aide-soignant d'agence ne portait aucun EPI pendant l'observation. L'aide-soignant d'agence a confirmé qu'il n'avait pas été informé que la personne résidente avait été placée en isolement et qu'il fallait donc prendre des précautions quant à l'éventualité de transmission par gouttelettes et par contact. L'aide-soignant d'agence a confirmé qu'il savait ce que signifiait l'affiche des précautions supplémentaires requises, mais qu'il ne l'avait pas vue avant d'entrer dans la chambre de la personne résidente.

Le fait de ne pas enfiler l'EPI adéquat lors de la prestation de soins à des personnes résidentes qui nécessitent des précautions supplémentaires expose les personnes résidentes à un risque de propagation des infections.

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Sources : Observation des interactions entre une personne résidente et le personnel, examen des notes d'évolution d'une personne résidente et entretien avec un aide-soignant d'agence. [194]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des précautions supplémentaires soient respectées dans le cadre du programme de PCI, conformément à la *Norme de PCI pour les foyers de soins de longue durée* qui a été révisée en septembre 2023.

L'exigence supplémentaire 9.1 de la Norme de PCI demande au titulaire de permis de veiller à ce que les pratiques de base et les précautions supplémentaires soient respectées dans le cadre du programme de PCI.

Le point f) de la section 9.1 relative aux précautions supplémentaires doit au moins comprendre des exigences supplémentaires en matière d'EPI, notamment en ce qui concerne le choix, le port, le retrait et l'élimination adéquats de l'EPI.

Justification et résumé

On a observé une IAA qui portait des gants alors qu'elle donnait des soins, à une distance d'un peu moins de deux mètres, à une personne résidente pour laquelle il fallait prendre des précautions quant à l'éventualité de transmission par gouttelettes et par contact. L'IAA ne portait pas de blouse, de masque, ni de dispositif de protection des yeux. L'IAA a reconnu que la personne résidente nécessitait des précautions supplémentaires et qu'elle aurait dû enfiler une blouse, un masque et un dispositif de protection oculaire avant d'entrer dans la chambre de la personne résidente.

Les personnes résidentes ont été exposées à un risque de propagation des infections lorsque l'IAA n'a pas porté l'EPI adéquat alors qu'elle donnait des soins à une personne résidente qui nécessitait des précautions supplémentaires.

Sources : Observation d'une personne résidente et d'une IAA, et entretien avec l'IAA. [601]

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 16 août 2024

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Un avis de pénalité administrative est délivré dans le cadre du présent ordre de conformité (APA n° 001).

AVIS DE PÉNALITÉ ADMINISTRATIVE

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *LRSLD* (2021).

Avis de pénalité administrative (APA no 001)

Lié à l'ordre de conformité (OC) n° 004

En vertu de l'article 158 de la Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée, le titulaire de permis doit payer une pénalité administrative de 5 500 \$, à verser dans les 30 jours suivant la date de la facture.

Conformément aux paragraphes 349 (6) et 349 (7) du Règl. de l'Ont. 246/22, la pénalité administrative est infligée pour les raisons suivantes : le titulaire de permis n'a pas respecté une exigence, ce qui a donné lieu à un ordre en vertu de l'article 155 de la Loi et, au cours des trois années précédant immédiatement la date à laquelle l'ordre a été délivré en vertu de l'article 155, le titulaire de permis n'a pas respecté cette même exigence.

Historique de la conformité

Non-respect antérieur de l'alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, ce qui a entraîné :

Un avis écrit émis le 10 mai 2023 (sous n° 2023-1328-0001);

Un ordre de conformité délivré le 7 mars 2024 (sous n° 2024-1328-0001).

Il s'agit du premier APA délivré au titulaire de permis pour non-respect de l'exigence en question.

La facture et les renseignements relatifs au paiement seront envoyés séparément par courrier après la signification du présent avis.

Le titulaire de permis ne doit PAS payer un APA au moyen d'une enveloppe pour les soins aux résidents fournie par le ministère [c.-à-d. soins infirmiers et personnels (SIP); services de programmes et de soutien (SPS); et aliments crus (AC)]. En soumettant un paiement au ministre des Finances, le titulaire de permis atteste

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

qu'il a utilisé des fonds ne faisant pas partie de l'enveloppe pour les soins aux résidents afin de payer l'APA.

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 16g 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 permis 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.

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

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^e étage
Toronto (Ontario) M7A 1N3
Courriel : MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca

Si la signification se fait :

- 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

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

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^e étage
Toronto (Ontario) M5S 1S4

Directeur

a/s du coordonnateur des appels
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée
Ministère des Soins de longue durée
438, avenue University, 8^e étage
Toronto (Ontario) M7A 1N3
Courriel : 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.