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

District du Centre-Est
33, rue King Ouest, 4e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Rapport public initial

Date d'émission du rapport : 18 octobre 2024	
Numéro d'inspection : 2024-1048-0002	
Type d'inspection : Incident critique	
Titulaire de permis : Poranganel Holdings Limited	
Foyer de soins de longue durée et ville : King City Lodge Nursing Home, King City	
Inspectrice principale ou inspecteur principal	**Signature numérique de l'inspectrice ou de l'inspecteur**
Autres inspectrices ou inspecteurs	

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 11 au 13 et les 16 et 17 septembre 2024.

L'inspection concernait :

- Une demande liée à la contamination de l'approvisionnement en eau potable.
- Une demande liée à une éclosion de maladie infectieuse

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

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, 4e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Alimentation, nutrition et hydratation
Prévention et contrôle des infections
Foyer sûr et sécuritaire

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, 4e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

Problème de conformité nº 001 Avis écrit en vertu de la disposition 1 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).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à mettre en œuvre une norme que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections.

Plus précisément, le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les précautions supplémentaires comprennent des pratiques fondées sur des données probantes concernant la transmission potentielle par contact et les précautions requises, comme stipulé dans les précautions supplémentaires au point a) de la section 9.1 de la *Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée* (septembre 2023).

Justification et résumé

Lors d'une visite du foyer de soins de longue durée, il a été observé que la chambre d'une personne résidente faisait l'objet de précautions supplémentaires. À l'extérieur de la chambre, il y avait un chariot contenant un désinfectant pour les mains à base d'alcool (DMBA), des gants et des blouses. Dans la chambre, la personne préposée aux services de soutien à la personne (PSSP) nº 104 a été vue en train de faire le lit de la personne résidente sans blouse.

La politique du foyer en matière de précautions supplémentaires (*Additional Precautions*) demandait au personnel de porter une blouse en cas de risque de contamination et de porter des gants en entrant dans la chambre de la personne résidente. En outre, le document *Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de soins de santé, 3e édition* (révisé en novembre 2012) mentionne, parmi les précautions supplémentaires, l'utilisation d'une blouse et de gants lorsque la peau ou les vêtements entrent en contact direct avec l'environnement de la personne résidente.

La PSSP nº 104 a indiqué qu'elle devait enfiler la blouse et les gants lorsqu'elle prodiguait des soins directs à la personne résidente, mais pas lorsqu'elle faisait le lit de la personne résidente.

Le responsable de la PCI a indiqué que le personnel devait prendre des précautions supplémentaires, à savoir porter des gants et une blouse uniquement lorsqu'il prodiguait des soins directs, et seulement des gants lorsqu'il n'était pas en contact avec la personne résidente. D'autres informations communiquées à l'inspectrice ou à l'inspecteur ont indiqué qu'il y avait un risque d'exposition aux fluides corporels de la personne résidente et que le personnel ne devait porter que des gants pour faire le lit et effectuer les opérations de nettoyage de routine dans la chambre.

Le fait de ne pas s'assurer que les pratiques fondées sur des données probantes relatives à la transmission potentielle et aux précautions requises ont été mises en œuvre pourrait entraîner la transmission de l'infection.

Sources : Observations, politique du foyer de soins de longue durée en matière de précautions supplémentaires (*Additional Precautions*), *Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de soins de santé, 3e édition* et entretiens avec le 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, 4e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 001 Programme de prévention et de contrôle des infections

Problème de conformité n° 002 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de l'alinéa 23 (2) a) de la *LRSLD* (2021)

Programme de prévention et de contrôle des infections

Paragraphe 23 (2) Le programme de prévention et de contrôle des infections doit comprendre ce qui suit :

a) des politiques et marches à suivre fondées sur des données probantes;

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

Le titulaire de permis doit s'assurer de ce qui suit :

1) Le titulaire de permis, en collaboration avec le carrefour de PCI désigné ou un spécialiste de PCI qualifié, offre une formation concernant les pratiques de nettoyage et de désinfection de base de l'environnement et de l'entretien ménager, conformément aux *Pratiques exemplaires de nettoyage de l'environnement en vue de la prévention et du contrôle des infections dans tous les milieux de soins de santé*, au moins pour les chambres occupées par des personnes résidentes dont le test de dépistage des micro-organismes résistants aux antibiotiques est positif et pour l'équipement commun utilisé par ces personnes résidentes.

2) L'ensemble du personnel d'entretien ménager, l'administrateur et gestionnaire de l'entretien ménager ainsi que le responsable de la PCI sont formés sur le choix des produits chimiques de nettoyage appropriés et veillent à ce que les bombes aérosol et les flacons pulvérisateurs à gâchette ne soient plus utilisés dans le foyer.

3) La formation doit être donnée à l'administrateur, directeur des soins et gestionnaire de l'entretien ménager, au responsable de la PCI, à la directrice des soins cliniques et à l'ensemble du personnel d'entretien ménager.

4) La documentation relative à la formation doit comprendre
- Le contenu de la formation qui a été donnée.
- Le nom des membres du personnel ayant reçu la formation et leur signature.
- La date à laquelle la formation a été donnée.

5) Ces documents doivent être présentés immédiatement à la demande de l'inspectrice ou de l'inspecteur.

Motifs
1). Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les produits chimiques ne soient pas appliqués au moyen d'aérosols ou de pulvérisateurs à gâchette.

Justification et résumé
Lors de la visite initiale de la maison, un chariot d'entretien ménager a été observé et à l'intérieur du chariot, décanté dans un flacon à gâchette, se trouvait du PDQ/Purex (nettoyant-désinfectant). Un flacon pulvérisateur à gâchette contenait également une solution de nettoyage pour les fenêtres et une bombe de désodorisant en aérosol.

La section 5.5.1 portant sur les questions de sécurité relatives aux produits chimiques des *Pratiques exemplaires de nettoyage de l'environnement en vue de la prévention et du contrôle des infections* (avril 2018) du Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI) indiquait que les applications de produits chimiques de nettoyage en aérosol ou en vaporisateur à gâchette peuvent causer des blessures aux yeux ou induire ou aggraver des problèmes ou des maladies respiratoires et ne doivent pas être utilisées dans les établissements de soins de santé.

La personne préposée à l'entretien ménager nº 103 a confirmé qu'elle utilisait les vaporisateurs à gâchette pour vaporiser les surfaces et les essuyer. Un désodorisant est utilisé pour aider à éliminer les odeurs désagréables.

Le fait de ne pas utiliser des produits chimiques approuvés pour une utilisation dans le foyer a exposé les personnes résidentes à un risque d'infection et de maladie.

Sources : Observations, *Pratiques exemplaires de nettoyage de l'environnement en vue de la prévention et du contrôle des infections* du Comité consultatif provincial des maladies infectieuses et entretien avec la personne préposée à l'entretien ménager nº 103.

2). Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les procédures fondées sur des données probantes soient suivies en ce qui concerne le nettoyage et la désinfection.

Justification et résumé
Au cours d'une inspection dans le foyer de soins de longue durée, les pratiques exemplaires en matière de nettoyage et de désinfection ont été examinées. La chambre d'une personne résidente identifiée portait une affiche de précaution supplémentaire.

L'examen des dossiers de santé de la personne résidente a révélé qu'elle faisait l'objet de précautions supplémentaires en raison d'une infection spécifique.

La politique du foyer en matière de précautions supplémentaires indiquait que le nettoyage des chambres des personnes résidentes faisant l'objet de précautions supplémentaires devait être effectué à l'aide d'un équipement destiné uniquement à cette chambre, et que les têtes de vadrouille devaient être lavées après chaque utilisation. En outre, le document indiquait que le personnel d'entretien ménager

devait connaître le protocole en matière de précautions et le désinfectant utilisé par la maison de retraite.

Le document *Pratiques exemplaires de nettoyage de l'environnement en vue de la prévention et du contrôle des infections dans tous les milieux de soins de santé* du CCPMI indiquait d'utiliser un nouveau seau et une nouvelle tête de vadrouille (vadrouille à poussière et vadrouille humide) uniquement pour la pièce faisant l'objet de précautions supplémentaires pour l'infection spécifique identifiée.

La personne préposée à l'entretien ménager nº 103 a indiqué qu'elle utilisait la même tête de vadrouille pour la pièce identifiée faisant l'objet de précautions supplémentaires et pour d'autres pièces, après avoir trempé et rincé la tête de vadrouille dans le même seau d'entretien ménager.

Le fait de ne pas s'assurer que des procédures fondées sur des données probantes étaient suivies pour le nettoyage et la désinfection a augmenté le risque de propagation de maladies infectieuses dans le foyer.

Sources : Observations, dossiers médicaux de la personne résidente nº 001, politique du foyer en matière de précautions supplémentaires (*Additional Precautions*), *Pratiques exemplaires de nettoyage de l'environnement en vue de la prévention et du contrôle des infections dans tous les milieux de soins de santé, 3e édition*, et entretien avec le personnel.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 15 janvier 2025

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) Nº 002 Plans de mesures d'urgence

Problème de conformité nº 003 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 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, 4e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Non-respect : du paragraphe 90 (2) de la *LRSLD* (2021)
Plans de mesures d'urgence
Paragraphe 90 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les plans de mesures d'urgence soient mis à l'épreuve, évalués, mis à jour et réexaminés avec l'aide du personnel du foyer comme le prévoient les règlements.

L'inspectrice ou l'inspecteur ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de conformité [*LRSLD* (2021), alinéa 155 (1) a)] :
Le titulaire de permis doit s'assurer de ce qui suit :
1) Mettre en place un comité de préparation aux situations d'urgence comprenant au moins les intervenants suivants :
Partenaires internes : L'administrateur et directeur des soins, le responsable de la PCI, le directeur médical et d'autres membres de la direction, un représentant du personnel de soins directs, du personnel de l'entretien ménager, de l'entretien et du personnel du service de diététique.
Partenaires externes : Il peut s'agir des services d'urgence locaux, des autorités de santé publique, du carrefour de PCI et d'autres intervenants externes pertinents qui peuvent apporter un soutien et une coordination en cas d'urgence.
2) Les principaux intervenants énumérés ci-dessus doivent participer à l'évaluation et à la mise à l'épreuve des plans de mesures d'urgence au moyen d'exercices basés sur des scénarios (sur table), d'entraînements ou de simulations, afin de s'assurer que chacun connaît bien son rôle et ses responsabilités en cas d'urgence.
3) Le titulaire de permis doit veiller à ce que les personnes résidentes participent, par l'intermédiaire du conseil des résidents, à l'évacuation planifiée afin de représenter un scénario d'urgence réaliste dans la mesure du possible, en tenant compte de leur sécurité.
4) Conserver un registre documenté des activités, de l'ordre du jour et des procès-verbaux des réunions, des présences et des noms et prénoms des participants.
5) Mettre ce dossier à la disposition de l'inspectrice ou de l'inspecteur immédiatement sur demande.

Motifs
Le titulaire du permis n'a pas veillé à ce que les plans de mesures d'urgence soient mis à l'épreuve, évalués, mis à jour et réexaminés avec le personnel du foyer, comme le prévoit la réglementation.

Justification et résumé
Un incident critique s'est produit dans le foyer de soins de longue durée, entraînant la perte de services essentiels, plus précisément l'eau potable.

Selon le manuel de préparation aux situations d'urgence pour les soins de longue durée (*Long-Term Care Emergency Preparedness Manual*), la mise à l'épreuve du plan de mesures d'urgence nécessite une activité ciblée qui met à l'épreuve tous les éléments du plan. Les participants sont censés réagir conformément à leurs fonctions, comme ils le feraient lors d'un événement réel. Cet objectif peut être atteint grâce à des exercices de simulation ou de discussion. Ces exercices favorisent la préparation, clarifient les rôles et les responsabilités, mettent en évidence les lacunes dans les compétences ou les faiblesses de la planification et améliorent les performances. À la demande de l'inspectrice ou de l'inspecteur, l'administrateur n'a pas fourni de matériel supplémentaire pour appuyer le processus de mise à l'épreuve du plan de mesures d'urgence.

L'examen du plan de mesures d'urgence et des procédures d'urgence (*The Emergency Plan and Emergency Procedures*) fournis par le foyer a confirmé que le plan était désuet.

Le responsable de la PCI a reconnu qu'il n'était pas familiarisé avec son rôle et ses responsabilités dans une situation ou un avis de faire bouillir l'eau (ABE) était émis. Il a confirmé qu'il ne connaissait pas bien le plan de mesures d'urgence dans une situation de perte d'eau ou d'ABE dans le foyer. En outre, le responsable de la PCI a confirmé qu'aucun rôle spécifique ne lui avait été assigné dans le cadre du plan de mesures d'urgence, en particulier en ce qui concerne les interventions en cas d'ABE

ou de perte d'eau. Au cours de l'entretien, l'administrateur a reconnu que le plan de mesures d'urgence n'avait pas été formellement évalué ou mis à l'épreuve depuis l'année 2020.

Le fait de ne pas s'être assuré que les plans de mesures d'urgence avaient été testés et évalués et que le personnel avait reçu une formation concernant ces plans a entraîné un risque important de préjudice dans les soins et les services fournis aux personnes résidentes.

Sources : Manuel de préparation aux situations d'urgence en soins de longue durée (*Long-Term Care Emergency Preparedness Manual*) du ministère des Soins de longue durée, plan de mesures d'urgence (*Emergency Plan*) du foyer de soins de longue durée, procédures d'urgence (*Emergency Procedure*) du foyer de soins de longue durée, entretien avec le personnel.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le
6 décembre 2024

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 003 Observation des instructions du fabricant

Problème de conformité nº 004 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
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.

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, 4e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

L'inspectrice ou l'inspecteur ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de conformité [*LRSLD* (2021), alinéa 155 (1) a)] :
Le titulaire de permis doit s'assurer de ce qui suit :

1. Élaborer et mettre en œuvre un processus d'utilisation et d'entretien du système de traitement de l'eau par rayons ultraviolets (UV) conformément aux instructions du fabricant.
2. Élaborer et mettre en œuvre un processus d'utilisation et d'entretien de l'adoucisseur d'eau conformément aux instructions du fabricant.
3. Former et sensibiliser l'ensemble du personnel d'entretien responsable de l'entretien du système de traitement de l'eau par UV et de l'adoucisseur d'eau. La formation doit au moins comprendre des directives sur la manière de rincer et d'utiliser le système de traitement de l'eau par UV et l'adoucisseur d'eau conformément aux directives du fabricant.
4. Veiller à ce qu'un dossier documenté soit conservé concernant la troisième partie du présent ordre, y compris le contenu de la formation donnée au personnel d'entretien. Ce dossier doit inclure le nom de la personne qui a donné la formation, les noms et prénoms des employés qui ont suivi la formation et la date à laquelle la formation a été donnée.
5. L'administrateur et gestionnaire de l'entretien ménager doit former le responsable de la PCI, la directrice des soins cliniques, l'ensemble du personnel d'entretien ménager et toutes les personnes préposées au soutien à la personne aux instructions du fabricant concernant les produits chimiques utilisés dans le foyer à des fins de nettoyage et de désinfection.
6. La documentation relative à la formation doit inclure le contenu de la formation qui a été donnée, le nom du personnel formé et sa signature, ainsi que la date à laquelle la formation a été donnée.
7. Ces documents doivent être présentés immédiatement à la demande de l'inspectrice ou de l'inspecteur.

Motifs

1) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les systèmes de traitement de l'eau soient utilisés conformément aux instructions du fabricant.

Justification et résumé
À une date donnée, un ABE a été émis dans le foyer de soins de longue durée en raison d'une défaillance de l'équipement. La défaillance s'est produite lorsqu'un ballast qui alimente la lampe UV a cessé de fonctionner à la suite d'une panne de courant. Selon le Formulaire de communication de résultats d'analyse insatisfaisants et du règlement des problèmes, le système UV est tombé en panne à 14 heures. Trois échantillons d'eau ont été prélevés à deux reprises par un opérateur indépendant, à deux occasions différentes.

Le foyer utilisait un système de traitement de l'eau par UV. Le fabricant recommande de rincer le système lorsque les tests révèlent la présence de bactéries. En outre, le foyer utilisait un adoucisseur d'eau installé au niveau des conduites d'eau. Les instructions du fabricant de ce système conseillent de contourner l'adoucisseur jusqu'à ce que la sécurité bactériologique soit rétablie et de contacter le revendeur pour désinfecter le système avant de le remettre en service.

Les entretiens avec l'administrateur et le personnel d'entretien ont permis de constater qu'aucun des deux systèmes n'avait été rincé conformément aux instructions du fabricant.

Le non-respect des instructions du fabricant a exposé les personnes résidentes au risque de consommer de l'eau contaminée, les exposant ainsi à des organismes présents dans l'eau.

Sources : Incident critique, Formulaire de communication de résultats d'analyse insatisfaisants et du règlement des problèmes, résultats d'analyse de l'eau,

instructions du fabricant pour le système de traitement de l'eau et l'adoucisseur d'eau, entretiens avec le personnel et l'administrateur.

2). Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel utilise les produits de nettoyage conformément aux instructions du fabricant.

Justification et résumé
Au cours d'une inspection, les pratiques de base liées au nettoyage et à la désinfection du foyer de soins de longue durée ont été examinées.

On a observé que le foyer utilisait un nettoyant désinfectant comme produit facultatif pour le nettoyage et la désinfection des surfaces de contact et des planchers dans l'ensemble de l'établissement.

La personne préposée à l'entretien ménager nº 103 a indiqué qu'elle avait l'habitude de diluer un litre de produit chimique dans de l'eau, jusqu'à la marque indiquée sur le seau à vadrouille jaune de l'entretien ménager.

Les informations fournies par le fabricant du produit indiquaient que celui-ci était efficace contre un large spectre de micro-organismes, y compris les bactéries, les bactéries résistantes aux antibiotiques et les virus. En outre, il était indiqué que le produit ne devait pas être dilué, car il n'était viable et actif qu'à sa concentration initiale. S'il était dilué, il avait une capacité de nettoyage, mais n'était plus considéré comme un désinfectant.

Le fait de ne pas avoir suivi les instructions du fabricant a entraîné un risque de propagation d'agents infectieux dans le foyer.

Sources : Observations, données techniques du produit chimique, correspondance électronique avec le fabricant, entretien avec le 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, 4e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le
6 décembre 2024

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 004 Services d'entretien

Problème de conformité nº 005 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).
Non-respect : de l'alinéa 96 (2) g) du Règl. de l'Ont. 246/22
Services d'entretien
Paragraphe 96 (2) Le titulaire de permis veille à ce que soient élaborées et mises en œuvre des marches à suivre qui garantissent ce qui suit :
g) la température de l'eau qui alimente les baignoires, les douches et les lavabos qu'utilisent les résidents ne dépasse pas 49 degrés Celsius et est contrôlée par un dispositif de régulation de la température qui se trouve hors de la portée des résidents;

L'inspectrice ou l'inspecteur ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de conformité [*LRSLD* (2021), alinéa 155 (1) a)] :
Le titulaire de permis doit s'assurer de ce qui suit :

1. Élaborer et mettre en œuvre une marche à suivre permettant de s'assurer que la température de l'eau dans le foyer soit conforme aux exigences législatives.
2. Cette marche à suivre doit faire en sorte que le personnel prenne et consigne la température de l'eau une fois par quart de travail dans les endroits où les personnes résidentes ont accès à l'eau chaude, y compris les lavabos dans les chambres des personnes résidentes, les baignoires et les douches.
3. La marche à suivre doit également prévoir des mesures correctives pour traiter et corriger immédiatement toute température de l'eau qui n'est pas conforme aux exigences si la correction peut être effectuée par le

personnel d'entretien du foyer. Dans le cas contraire, lorsque l'intervention d'un entrepreneur indépendant qualifié est requise, les corrections doivent être effectuées dans les 48 heures.

4. Former l'ensemble du personnel chargé des soins directs et du personnel autorisé à la marche à suivre décrite dans la première partie.
5. Conserver un registre de la formation, comprenant les noms et prénoms des participants et leur rôle, le nom et le prénom de la personne ayant donné la formation, la date et le contenu de la formation.
6. Ces registres doivent être mis à la disposition de l'inspectrice ou de l'inspecteur sur demande.
7. Créer et mettre en œuvre un processus de vérification pour examiner les registres d'eau au moins une fois par semaine, pendant une période de quatre semaines. Analyser les résultats des vérifications et, si des lacunes sont constatées, mettre en œuvre des mesures correctives afin de s'assurer que le processus a été mis en œuvre de manière efficace.
8. Désigner un membre de l'équipe de direction pour effectuer les vérifications et rendre compte des résultats à l'administrateur chaque semaine.
9. La documentation relative aux vérifications, aux analyses effectuées et aux mesures correctives mises en œuvre doit être conservée et mise à la disposition de l'inspectrice ou de l'inspecteur sur demande.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à mettre en œuvre des marches à suivre qui garantissent que la température de l'eau qui alimente les baignoires et les douches qu'utilisent les personnes résidentes ne dépasse pas 49 degrés Celsius.

Justification et résumé

Au cours du suivi concernant l'ABE, un examen des registres quotidiens de la température de l'eau a montré que les températures enregistrées au cours de

certains mois dépassaient la limite maximale de 49 °C. La température la plus élevée a été de 53,1 °C, et la température la plus basse a été de 50 °C. La température la plus élevée enregistrée était de 53,1 °C. L'administrateur a reconnu que, bien que la politique exige un rapport immédiat et un suivi par les services d'entretien, cela n'a pas été fait.

La température de l'eau dans le foyer doit être prise par le personnel autorisé trois fois par jour. L'inspectrice ou l'inspecteur a reçu des registres de température pour deux mois, dans lesquels il manquait des entrées, ce qui indique que les températures n'ont pas été enregistrées tous les jours ou à chaque quart de travail. La politique du foyer concernant le registre des relevés de température intérieure (*Log Book Domestic Temperature Reading*) exige que les températures de l'eau chaude soient enregistrées le matin, l'après-midi et le soir, et que tous les relevés inférieurs à 40 °C ou supérieurs à 49 °C soient signalés au gestionnaire des services environnementaux et à l'administrateur. La politique précise que le gestionnaire des services environnementaux, la personne désignée ou un tiers doit prendre des mesures correctives immédiates, qui doivent être consignées et signées.

L'administrateur a confirmé que le personnel n'avait pas communiqué les températures et que, par conséquent, aucune mesure de suivi n'avait été prise.

Le fait de ne pas s'assurer qu'une marche à suivre pour la surveillance de la température de l'eau ait été mise en œuvre expose les personnes résidentes à des risques de préjudice et de blessure en raison de l'exposition à l'eau chaude.

Sources : Registres d'eau, température de l'eau chaude du King City Lodge Nursing Home, lecture de la température intérieure dans le registre du manuel des services environnementaux (*Environmental Service Manual Log Book Domestic Temperature*) et entretien avec l'administrateur.

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, 4e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le
6 décembre 2024

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 005 Programme de prévention et de contrôle des infections

Problème de conformité nº 006 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).

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

Le titulaire de permis doit s'assurer de ce qui suit :

1) Le foyer de soins de longue durée, en collaboration avec le spécialiste de la PCI nouvellement embauché ou le carrefour de PCI désigné, offre au personnel un enseignement et une formation en personne sur l'hygiène des mains.
   a) La formation doit comporter un enseignement sur les quatre moments de l'hygiène des mains, la sélection des produits et la formation du personnel sur la façon d'aider les personnes résidentes à se laver les mains avant les repas et les collations.
   b) Cet enseignement et cette formation doivent être donnés au responsable de la PCI, à l'administrateur, directeur des soins et gestionnaire de l'entretien ménager, à la directrice des soins cliniques, à la gestionnaire des services alimentaires, au gestionnaire des services environnementaux, à l'ensemble

du personnel infirmier autorisé, aux personnes préposées au soutien à la personne, au personnel des loisirs et au personnel de l'entretien ménager.

2) Le spécialiste de la PCI nouvellement engagé, le responsable de la PCI ou la personne désignée pour la gestion des soins infirmiers doit réaliser des vérifications de l'hygiène des mains, à raison d'au moins 50 observations par mois. Les observations doivent être effectuées de manière à couvrir tous les quarts de travail, y compris les fins de semaine et les jours fériés, pendant une période de huit semaines.
3) La documentation relative à la formation et aux vérifications doit comprendre les éléments suivants :
    a) Le nom et le prénom de la personne qui a donné la formation
    b) Le contenu de la formation qui a été donnée.
    c) Le nom des membres du personnel ayant reçu la formation et leur signature.
    d) La date à laquelle la formation a été donnée.
    e) Les résultats et les commentaires fournis dans le cadre des vérifications, y compris la date, le nom et la fonction du personnel, ainsi que le nom de la personne chargée de la vérification.
4) Ces documents doivent être présentés immédiatement à la demande de l'inspectrice ou de l'inspecteur.

Motifs
Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les personnes résidentes bénéficient d'une bonne hygiène des mains avant les repas.

Conformément au point h) de la section 10.4 de la *Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée* publiée par le directeur en septembre 2023, le titulaire de permis doit assurer un soutien aux personnes résidentes pour qu'elles pratiquent l'hygiène des mains avant de recevoir leurs repas.

Justification et résumé
Au cours de l'inspection, on a observé des pratiques d'hygiène des mains pour soutenir les personnes résidentes du foyer.

Avant le service d'un repas, on a observé que la PSSP no 111 tenait dans ses mains un paquet de lingettes et une bouteille de DMBA. Le personnel a été observé en train d'appliquer du DMBA à 70 % sur les mains de certaines personnes résidentes. De plus, le personnel a été observé en train d'appliquer du DMBA sur une lingette et de frotter la lingette sur les mains de plusieurs personnes résidentes.

L'emballage commercial des lingettes humides indiquait que l'eau faisait partie de ses ingrédients, sans pourcentage d'alcool, et les instructions d'utilisation indiquaient d'effectuer une bonne hygiène des mains et de [traduction] « nettoyer soigneusement la zone affectée » avec la lingette.

La PSSP no 111 a indiqué que l'application de DMBA à 70 % sur une lingette était sa pratique pour aider les personnes résidentes qui ne pouvaient pas se laver les mains elles-mêmes.

Le fait de ne pas s'assurer que le personnel aide les personnes résidentes à effectuer une bonne hygiène des mains avant de recevoir des repas peut entraîner la propagation d'agents pathogènes nocifs.

Sources : Observations et entretien avec le personnel.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 15 janvier 2025

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 006 Programme de prévention et de contrôle 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, 4e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Problème de conformité nº 007 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).

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

Le titulaire de permis doit s'assurer de ce qui suit :

1) Identifier et établir les principaux intervenants de l'équipe interdisciplinaire de la PCI. Veiller à ce qu'une liste soit tenue, comprenant les noms des personnes, leur fonction ou leur rôle et leurs coordonnées.

2) Établir la fréquence des réunions et un plan de communication pour l'équipe de la PCI afin de garantir la mise en œuvre, le suivi et l'examen des politiques et procédures de prévention et de contrôle des infections, de manière à ce qu'elles reflètent les pratiques fondées sur des données probantes dans le foyer.

3) Mettre en place un processus garantissant que l'équipe de gestion des éclosions et l'équipe interdisciplinaire de la PCI procèdent à un compte rendu et à une analyse des lacunes après chaque éclosion, afin d'évaluer l'efficacité des interventions mises en œuvre. Si des lacunes sont identifiées, l'équipe de gestion des éclosions et l'équipe de la PCI sont tenues de mettre en œuvre des mesures correctives en conséquence. L'examen portera au minimum sur les aspects suivants :

a) Surveillance : Évaluer l'efficacité des systèmes de détection et de suivi des éclosions, y compris l'examen et l'application des définitions appropriées des cas et des éclosions.
b) Évaluation des personnes résidentes : Examiner la rapidité de l'évaluation des personnes résidentes et sa précision, y compris la surveillance des signes et des symptômes, les tests, ainsi que la collecte et la transmission des échantillons au laboratoire.
c) Mesures de contrôle efficaces : Évaluer la rapidité avec laquelle les personnes résidentes sont soumises à des précautions supplémentaires.
d) Vérifications : Effectuer des examens détaillés en fonction des résultats des vérifications de l'hygiène des mains, de l'équipement de protection individuelle (EPI) (y compris l'évaluation des risques au point de service avant l'interaction avec les personnes résidentes afin de déterminer l'utilisation de l'EPI) et des vérifications de l'entretien ménager. Examiner la situation des activités de groupe.
e) Documentation : Veiller à ce que les signes et les symptômes soient correctement documentés dans les dossiers des personnes résidentes et tenir et mettre à jour la liste sommaire, le cas échéant.
f) Communication : Examiner l'efficacité de la communication entre le personnel de première ligne et l'équipe de gestion des éclosions et de la PCI, et entre l'équipe de gestion des éclosions et de la PCI et les intervenants, notamment en ce qui concerne les avis, les notes de service et la distribution des affiches.
g) Dotation en personnel : Évaluer les niveaux de dotation en personnel et la disponibilité du personnel essentiel, y compris l'accès aux professionnels de la prévention des infections en dehors des heures de travail. Examiner la mise en œuvre d'un système approprié d'exclusion ou de regroupement en cohortes du personnel.
h) Fournitures : Évaluer la disponibilité des fournitures essentielles, notamment des EPI, des produits de nettoyage et de désinfection, et du DMBA.

4) Un compte rendu écrit de toutes les réunions, comprenant la date, l'heure et les participants, doit être conservé, de même que les procès-verbaux des réunions, qui doivent mentionner les éclosions précises examinées et les mesures prises. Ces recommandations écrites (si toute éclosion s'est produite entre la date à laquelle le rapport a été remis au foyer et la date limite de mise en conformité) doivent être présentées immédiatement à la demande de l'inspectrice ou de l'inspecteur.

Motifs
Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'après la résolution d'une éclosion, l'équipe de gestion des éclosions et l'équipe interdisciplinaire de la PCI tiennent une séance de compte rendu pour évaluer les pratiques de la PCI et leur efficacité contre les éclosions.

Conformément à la section 4 de la *Norme de PCI pour les foyers de soins de longue durée* datée de septembre 2023, le titulaire de permis doit s'assurer qu'après la résolution d'une éclosion, l'équipe de gestion des éclosions et l'équipe interdisciplinaire de la PCI tiennent une séance de compte rendu pour évaluer les pratiques de la PCI qui ont été efficaces et inefficaces dans la gestion de l'éclosion. Un résumé des constatations qui formule des recommandations au titulaire de permis pour améliorer les pratiques de gestion des éclosions doit être rédigé.

Justification et résumé
Au cours d'une inspection menée dans le foyer de soins de longue durée, l'information relative au programme de PCI a été examinée.

La politique du foyer concernant le mandat de l'équipe de prévention et de contrôle des infections (*Terms of Reference Infection Prevention and Control Team*) nommait le responsable de la PCI en tant que président, et les personnes présentes étaient les suivantes : Le directeur médical, l'administrateur et directeur des soins, une infirmière praticienne le cas échéant, le gestionnaire de la prévention et du contrôle

des infections, le directeur des soins cliniques et de la qualité, le médecin hygiéniste ou son représentant, le gestionnaire des services environnementaux, un représentant des services environnementaux, un représentant des services alimentaires, un représentant du service des programmes, un représentant de l'hôpital partenaire, une infirmière responsable et une PSSP. Dans un addendum, le document stipulait que le personnel devait se réunir au moins une fois par trimestre pendant une à deux heures et plus fréquemment en cas d'éclosion.

Par la suite, l'examen des dossiers fournis par le foyer concernant les réunions de l'équipe de gestion des éclosions a montré qu'après la résolution de l'éclosion de COVID-19 signalée par l'unité locale de santé publique à une date précise, une réunion de l'équipe de gestion des éclosions visant à examiner les pratiques efficaces et inefficaces n'a pas eu lieu. En outre, pour l'année en cours, deux dossiers concernaient des réunions de la PCI.

Le responsable de la PCI a indiqué qu'il n'y avait pas d'équipe de la PCI officielle dans le foyer et que les réunions se tenaient avec le directeur médical et la directrice des soins cliniques.
L'administrateur a indiqué qu'il ne participait pas aux réunions de la PCI, et la directrice des soins cliniques a reconnu qu'au cours de la période de l'éclosion, il n'y avait pas eu de réunions fréquentes de l'équipe de la PCI.

Le fait que l'équipe de gestion des éclosions et l'équipe interdisciplinaire de la PCI n'aient pas tenu de séances de compte rendu pour évaluer les pratiques de la PCI concernant les données sur l'éclosion a réduit la possibilité d'analyser et de fournir au titulaire de permis des recommandations pour la gestion des éclosions à l'avenir.

Sources : Politique du foyer concernant le mandat de l'équipe de prévention et de contrôle des infections (*Terms of Reference Infection Prevention and Control Team*), comptes rendus des réunions de la PCI et entretiens avec le 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, 4e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 15 janvier 2025

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 007 Programme de prévention et de contrôle des infections

Problème de conformité n° 008 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : du paragraphe 102 (4) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programme de prévention et de contrôle des infections

Paragraphe 102 (4) Le titulaire de permis veille à ce qui suit :

a) la coordination et la mise en œuvre du programme sont fondées sur une approche d'équipe multidisciplinaire;

b) l'équipe interdisciplinaire de prévention et de contrôle des infections, qui comprend le responsable de la prévention et du contrôle des infections, le directeur médical, le directeur des soins infirmiers et des soins personnels, et l'administrateur, coordonne et met en œuvre le programme;

c) l'équipe interdisciplinaire de prévention et de contrôle des infections se réunit au moins tous les trimestres et plus fréquemment lors d'une éclosion de maladie infectieuse au foyer;

d) le médecin-hygiéniste local nommé en vertu de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* ou la personne qu'il désigne est invité à assister aux réunions;

e) le programme est évalué et mis à jour au moins une fois par année conformément aux normes et protocoles que délivre le directeur en application du paragraphe (2);

f) chaque évaluation prévue à l'alinéa e), qui comprend notamment la date de l'évaluation, le nom des personnes qui y ont participé, un résumé des modifications apportées et la date à laquelle ces modifications ont été mises en œuvre, est consignée dans un dossier.

g) le programme est mis en œuvre d'une manière compatible avec, d'une part, le principe de précaution énoncé dans les normes et protocoles que délivre le

directeur en application du paragraphe (2) et, d'autre part, les preuves médicales les plus récentes. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 102 (4).

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

Le titulaire de permis doit s'assurer de ce qui suit :

1) Exigences relatives à l'équipe de la PCI : Veiller à ce que l'équipe de la PCI comprenne un spécialiste de la PCI certifié ayant une expérience des maladies infectieuses, du nettoyage et de la désinfection, de la collecte de données et de l'analyse des tendances, des protocoles de rapport, de la gestion des éclosions, de l'asepsie, de la microbiologie, de l'éducation des adultes, de l'épidémiologie et de la gestion des programmes.

a) Politiques et marches à suivre en matière de PCI : Examiner et évaluer les politiques et les marches à suivre en matière de PCI pour s'assurer de leur conformité.

b) Programme de surveillance : Examiner le programme de surveillance, en mettant l'accent sur les taux d'infection, l'analyse des données, l'analyse des tendances, la détection des éclosions et les mesures d'intervention.

c) Programmes de formation en matière de PCI : Évaluer les programmes d'orientation et de formation annuelle en matière de PCI destinés au personnel, aux personnes résidentes, aux fournisseurs de soins, aux bénévoles et aux visiteurs.

d) Efficacité du responsable de la PCI : Évaluer l'efficacité avec laquelle le responsable de la PCI met en œuvre et supervise le programme de PCI.

e) Programmes de vérification : Examiner les programmes de vérification, y compris l'hygiène des mains pour le personnel et les personnes résidentes, l'utilisation de l'EPI et d'autres pratiques de la PCI.

f) Évaluer l'efficacité de ces vérifications pour ce qui est d'identifier et de traiter les cas de non-conformité.

g) Pratiques de base et précautions supplémentaires : Examiner les pratiques de base et les précautions supplémentaires du foyer.

h) Procédures de déclaration : Examiner le processus actuel de déclaration des maladies aux intervenants internes et externes, y compris aux autorités de santé publique.

i) Entretien de l'établissement : Évaluer l'implication du responsable de la PCI dans les normes d'entretien de l'établissement et dans toutes les phases de la conception, de la construction et de la rénovation de l'établissement.

j) Activités d'amélioration de la qualité : Examiner les activités d'amélioration de la qualité liées aux infections associées aux soins de santés et aux activités de la PCI.

k) Pratiques de nettoyage de l'environnement : Évaluer les pratiques de nettoyage de l'environnement.

2) Évaluation annuelle du programme de PCI : Examiner les pratiques et les résultats de l'évaluation annuelle du programme de PCI du foyer.

a) Examiner les rôles et les responsabilités de toutes les parties concernées au cours du processus d'évaluation.

b) Examiner les résultats de l'évaluation annuelle et la mise en œuvre des améliorations recommandées.

c) Programme d'hygiène des mains : Examiner le programme d'hygiène des mains, en veillant à ce qu'il comprenne un suivi, un retour d'information et une évaluation environnementale de la mise en place des produits.

3) Tous les documents doivent être conservés et mis à la disposition de l'inspectrice ou de l'inspecteur sur demande.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de PCI du foyer soit conforme aux dispositions de l'article 102 (4) du Règlement de l'Ontario 246/22.

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, 4e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Justification et résumé

Au cours d'une inspection menée dans le foyer de soins de longue durée, le programme de PCI du foyer a été examiné.

Les dossiers fournis par le foyer concernant le programme de PCI ont révélé ce qui suit :

- Il n'y avait pas d'équipe officielle désignée pour le programme de PCI, comme le prévoit la politique de référence de l'équipe de prévention et de contrôle des infections (*Reference Infection Prevention and Control Team*) du foyer.
- La réunion de l'équipe de gestion des éclosions n'a pas eu lieu à la suite de la résolution d'une éclosion de COVID-19, déclarée à une date précise par le service de santé publique de la région de York.
- Les dossiers relatifs à la PCI indiquaient que, pour l'année en cours, deux réunions avaient eu lieu pour examiner des sujets liés à la PCI.
- Il n'y avait pas de dossiers à l'appui de l'évaluation annuelle du programme de PCI, y compris un résumé des changements apportés et la date à laquelle ces changements ont été mis en œuvre, ainsi que les noms des membres du personnel qui ont participé à l'examen.

Les entretiens avec le responsable de la PCI, l'administrateur et directeur des soins et la directrice des soins cliniques ont révélé que :

- L'équipe de la PCI n'a pas été mise en place dans le foyer.
- L'administrateur et directeur des soins ne participe pas aux réunions de la PCI.
- Des lacunes ont été identifiées en ce qui concerne la fréquence des réunions trimestrielles de l'équipe de la PCI, et il n'y a pas eu de réunion de l'équipe de gestion des éclosions après la résolution d'une éclosion déclarée de COVID-

19 à une date précise, affectant plus de la moitié des personnes résidentes. En outre, il n'y a pas eu de réunion de la PCI concernant l'ABE.
- Le médecin hygiéniste local n'a pas été invité aux réunions de la PCI dans le foyer de soins de longue durée.
- Le responsable de la PCI et l'administrateur ont reconnu que le programme de PCI n'avait pas été évalué chaque année conformément aux normes et protocoles établis par le directeur.

En outre, le personnel de direction a reconnu les lacunes identifiées en ce qui concerne la surveillance, la gestion des éclosions, le programme d'hygiène des mains, la formation, les pratiques de nettoyage et de désinfection, l'évaluation du programme et la participation multidisciplinaire au programme de PCI de l'établissement.

En n'assurant pas la mise en œuvre du programme de PCI comme le prévoit la législation, les personnes résidentes du foyer ont été exposées à des risques d'infection accrus, ce qui a eu une incidence sur la qualité globale des soins.

Sources : Observations, dossiers du programme de PCI du foyer de soins de longue durée, rapport de l'incident critique et entretiens avec le personnel.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 15 janvier 2025

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 008 Programme de prévention et de contrôle des infections

Problème de conformité nº 009 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).
Non-respect : du paragraphe 102 (5) du Règl. de l'Ont. 246/22
Programme de prévention et de contrôle 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, 4e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Paragraphe 102 (5) Le titulaire de permis désigne un membre du personnel à titre de responsable de la prévention et du contrôle des infections. La formation de ce membre et son expérience en matière de pratiques de prévention et de contrôle des infections doivent notamment porter sur les éléments suivants :
a) les maladies infectieuses;
b) le nettoyage et la désinfection;
c) la collecte de données et l'analyse des tendances;
d) les protocoles de présentation de rapports;
e) la gestion des éclosions;
f) l'asepsie;
g) la microbiologie;
h) l'enseignement des adultes;
i) l'épidémiologie;
j) la gestion de programmes;
k) un certificat en vigueur en matière de prévention et de contrôle des infections délivré par le Certification Board of Infection Control and Epidemiology. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 102 (5).

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

Le titulaire de permis doit s'assurer de ce qui suit :

1) Fournir un soutien au responsable de la PCI du foyer en embauchant un spécialiste de la PCI certifié ayant une expérience des maladies infectieuses, du nettoyage et de la désinfection, de la collecte de données et de l'analyse des tendances, des protocoles de rapport, de la gestion des éclosions, de l'asepsie, de la microbiologie, de l'éducation des adultes, de l'épidémiologie et de la gestion des programmes.
2) Le spécialiste de la PCI doit être disponible en personne au foyer lorsque celui-ci ne connaît pas d'éclosion, au moins trois jours par semaine, jusqu'à ce que le

responsable de la PCI ait suivi la formation requise en matière de PCI. Lorsque le foyer est touché par une éclosion, le spécialiste de la PCI doit se rendre en personne au foyer cinq jours par semaine, jusqu'à ce que l'éclosion soit résolue.
3) Un horaire sera élaboré et mis en œuvre pour préciser quand le spécialiste de la PCI et le responsable de la PCI du foyer seront présents en personne au foyer. Conserver une trace écrite de l'emploi du temps du spécialiste de la PCI et la mettre immédiatement à la disposition de l'inspectrice ou de l'inspecteur qui en fait la demande.
4) Veiller à ce qu'il y ait un remplaçant pour le responsable de la PCI dans le foyer, dans le cas où celui-ci n'est pas en mesure de s'acquitter de ses tâches.
5) Les documents relatifs à la formation et à l'expérience doivent être conservés dans le foyer et doivent être présentés immédiatement à la demande de l'inspectrice ou de l'inspecteur.

Motifs
Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le responsable de la PCI désigné dispose d'une formation et d'une expérience en matière de pratiques de la PCI.

Justification et résumé
Au cours d'une inspection, l'information relative au programme de PCI du foyer a été examinée, y compris la formation et l'expérience du responsable de la PCI.

Le responsable a confirmé qu'il avait suivi un cours sur la PCI de la Registered Practical Nurses Association (association des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés), mais qu'il n'avait pas d'expérience antérieure en matière de PCI. De plus, il a confirmé qu'il n'avait pas de formation officielle sur les maladies infectieuses, le nettoyage et la désinfection, la collecte de données et l'analyse des tendances, les protocoles de déclaration, la gestion des éclosions, l'asepsie, la microbiologie, l'éducation des adultes, l'épidémiologie et la gestion de programme. Le responsable a indiqué qu'il n'était pas certifié par le Board of Infection Control and Epidemiology (comité de lutte contre les infections et d'épidémiologie).

L'administrateur du foyer a confirmé que le responsable de la PCI s'était récemment inscrit à un cours universitaire sur la PCI, débutant un mois précis de l'année.

Le fait de ne pas confier le rôle de responsable de la PCI à un membre du personnel ayant une formation et une expérience en matière de prévention et de contrôle des infections augmente le risque d'une mauvaise gestion du programme de PCI.

Sources : Entretiens avec le personnel

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le
6 décembre 2024

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 009 Programme de prévention et de contrôle des infections

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'alinéa 102 (9) a) du Règl. de l'Ont. 246/22
Programme de prévention et de contrôle des infections
Paragraphe 102 (9) Le titulaire de permis veille à ce qui suit au cours de chaque quart de travail :
a) les symptômes indiquant la présence d'infections chez des résidents sont surveillés conformément aux normes ou protocoles que délivre le directeur en application du paragraphe (2);

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

Le titulaire de permis doit s'assurer de ce qui suit :

1) Établir une marche à suivre pour s'assurer que toutes les personnes résidentes sont surveillées à chaque quart de travail pour détecter les signes et les symptômes de maladies transmissibles et de maladies d'importance pour la santé publique.
2) Le spécialiste de la PCI embauché doit assurer l'enseignement et la formation de l'ensemble du personnel autorisé et du personnel chargé des soins directs sur les points suivants :
a) Identifier les changements significatifs dans les présentations cliniques des personnes résidentes.
b) Documenter les symptômes, y compris ceux qui affectent les voies respiratoires, le tractus gastro-intestinal, les voies urinaires, la peau et les muqueuses.
3) La documentation relative à la formation doit comprendre
a) Le nom de la personne qui a donné la formation.
b) Le contenu de la formation qui a été donnée.
c) Le nom des membres du personnel ayant reçu la formation et leur signature.
d) La date à laquelle la formation a été donnée.
4) Veiller à ce que le responsable de la PCI suive et examine les dossiers des personnes résidentes dont les symptômes sont apparus ou se sont aggravés.
5) Le responsable de la PCI ou la personne désignée pour la gestion des soins infirmiers, en collaboration avec le spécialiste de la PCI embauché, doit réaliser des vérifications sur la marche à suivre pour la surveillance des personnes résidentes présentant des symptômes indiquant la présence d'une infection, notamment en documentant avec précision les symptômes d'infection de la personne résidente à chaque quart de travail quotidien, y compris les fins de semaine et les jours fériés, et ce, pendant au moins quatre semaines. Le spécialiste de la PCI et le responsable de la PCI examineront et analyseront les résultats des vérifications. Si des problèmes sont identifiés, ils poursuivront les vérifications quotidiennes à chaque quart de travail, y compris les fins de semaine et les jours fériés, pendant quatre semaines de plus.
6) Les vérifications doivent être consignées dans un registre. Nom des personnes ayant effectué les vérifications, dates et quarts de travail des vérifications.

7) Ces documents doivent être présentés immédiatement à la demande de l'inspectrice ou de l'inspecteur.

Motifs
1). Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, au cours de chaque quart de travail, les symptômes indiquant la présence d'une infection chez plusieurs personnes résidentes soient surveillés.

Justification et résumé
Le responsable de la PCI a reconnu que plusieurs personnes résidentes avaient développé des symptômes spécifiques à une date donnée. Les symptômes initiaux ont été répertoriés, mais il n'y a pas eu de suivi dans la liste des symptômes ou dans les notes d'évolution des personnes résidentes.

Lors de l'examen des dossiers cliniques, rien n'indiquait que les symptômes des personnes résidentes avaient fait l'objet d'un suivi à chaque quart de travail. Les notes d'évolution des personnes résidentes présentant des symptômes étaient incomplètes et non représentatives de la présentation clinique des personnes résidentes. La liste sommaire n'a pas été mise à jour pour refléter les symptômes et ces derniers n'ont pas été communiqués au service de santé publique de la région de York ou au ministère des Soins de longue durée.

Le fait de ne pas s'assurer que les symptômes indiquant la présence d'une infection soient surveillés à chaque quart de travail expose la personne résidente à un risque d'aggravation des symptômes.

Sources : Dossiers médicaux des personnes résidentes, liste sommaire des éclosions, entretiens avec le personnel.

2). Le titulaire du permis n'a pas veillé à ce que les symptômes des personnes résidentes indiquant la présence d'une infection soient surveillés à chaque quart de travail pendant une éclosion de maladie infectieuse.

Justification et résumé
Un rapport d'incident critique a été soumis au directeur concernant une éclosion déclarée.

L'examen de la liste sommaire soumise à l'unité locale de santé publique a révélé que plusieurs personnes résidentes étaient touchées. Selon la documentation, l'éclosion a été déclarée à une date précise.

L'examen des notes d'évolution de la personne résidente nº 002, qui présentait des symptômes, indique que l'apparition des symptômes a été notée à une date précise et qu'aucune précaution supplémentaire n'a été mise en place. Deux jours plus tard, la personne résidente a été déclarée positive à la maladie infectieuse. À une autre date, la personne résidente nº 007 avait signalé l'apparition de symptômes spécifiques. À cette date, le service de santé publique de la région de York a déclaré une éclosion de maladie infectieuse dans l'ensemble de l'établissement.

Le responsable de la PCI a indiqué que le personnel autorisé surveillait les symptômes pendant les quarts de travail de jour et de soir. De plus, il a confirmé que le personnel ne surveillait pas la personne résidente nº 002 à chaque quart de travail pendant sa période d'isolement. Plus précisément, la personne résidente n'a pas été surveillée pendant le quart de nuit à plusieurs reprises. Les symptômes de la personne résidente se sont résorbés quelques jours plus tard.

L'infirmière autorisée nº 113 a indiqué que la surveillance des symptômes des personnes résidentes devrait se faire à chaque quart de travail et, après avoir examiné les notes d'évolution de la personne nº 007, le personnel autorisé a confirmé que les symptômes de la personne nº 007 n'avaient pas été surveillés à

chaque quart de travail et qu'il n'y avait pas de documents confirmant le moment où les précautions d'isolement avaient pris fin.

Le fait de ne pas avoir surveillé les symptômes infectieux à chaque quart de travail a augmenté le risque d'une aggravation non identifiée de l'état des personnes résidentes.

Sources : Liste sommaire soumise au service de santé publique de la région de York, notes d'évolution des personnes résidentes et entretiens avec le personnel.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 15 janvier 2025

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 010 Programme de prévention et de contrôle des infections

Problème de conformité nº 011 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).
Non-respect : de l'alinéa 102 (9) b) du Règl. de l'Ont. 246/22
Programme de prévention et de contrôle des infections
Paragraphe 102 (9) Le titulaire de permis veille à ce qui suit au cours de chaque quart de travail :
b) les symptômes sont consignés et les mesures nécessaires sont prises immédiatement pour réduire la transmission, isoler les résidents et les mettre en groupe au besoin. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 102 (9).

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

Le titulaire de permis doit s'assurer de ce qui suit :

1) Processus de consignation : Le spécialiste de la PCI élaborera et mettra en œuvre un processus et un outil de surveillance syndromique pour s'assurer que le suivi des personnes résidentes est effectué au cours de chaque quart de travail, ce qui comprend les éléments suivants :

a) Identifier et isoler : Identifier et isoler immédiatement la personne résidente symptomatique afin de prévenir la propagation de l'infection.

b) Surveiller les symptômes : Surveiller en permanence les symptômes de la personne résidente et documenter tout changement.

c) Recherche des contacts : Identifier et surveiller les personnes qui ont été en contact étroit avec la personne résidente présentant des symptômes.

2) Le spécialiste de la PCI doit former l'ensemble du personnel autorisé, y compris le personnel de l'organisme, à la nécessité de surveiller et de consigner les symptômes d'infections à chaque quart de travail.

i) Conserver un registre documenté sur la formation donnée, y compris :

ii) Les noms (prénom et nom) des membres du personnel qui ont reçu la formation.

iii) La date à laquelle la formation a été achevée.

iv) Le contenu du matériel d'enseignement et de formation.

3) Faire passer un test supervisé à tous les membres du personnel autorisés après la formation. Veiller à ce que tous les membres du personnel effectuent le test de manière indépendante et sans aide. Veiller à ce que tout membre du personnel ayant obtenu une note finale inférieure à 85 % à l'issue du test bénéficie d'une formation de recyclage et soit soumis à un nouveau test portant sur le matériel. Tenir un registre documenté du matériel de test, du dossier d'administration et des notes finales de chaque participant, ainsi que de la date à laquelle le test a été passé.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les symptômes soient consignés à chaque quart de travail, et à ce que des mesures soient prises immédiatement pour

réduire la transmission, isoler les personnes résidentes et les mettre en groupe au besoin.

Justification et résumé
À une date précise, plusieurs personnes résidentes sont devenues symptomatiques. Aucune de ces personnes résidentes n'a fait l'objet de précautions supplémentaires, ce qui n'a pas été documenté dans la liste sommaire ni signalé au ministère des Soins de longue durée ou au service de santé publique de la région de York.

Le document du CCPMI sur les pratiques exemplaires décrit les pratiques essentielles pour gérer les éclosions.

Le foyer n'a pas enquêté rapidement sur l'éclosion. Aucun échantillon n'a été prélevé pour en déterminer la cause, et le responsable de la PCI n'était pas au courant des protocoles d'enquête nécessaires en cas d'éclosion.

Le responsable de la PCI a confirmé qu'il n'était pas au courant des exigences relatives à l'investigation d'une éclosion potentielle et de la nécessité de prendre des précautions dès l'apparition des symptômes.

Le fait de ne pas avoir isolé les personnes résidentes présentant des symptômes et de ne pas avoir mis en œuvre les mesures de la PCI a exposé les personnes résidentes du foyer à un risque de transmission de maladies infectieuses.

Sources : Politique de gestion des éclosions (*Outbreak management*), liste sommaire des éclosions, trousse d'information sur les mesures de contrôle des éclosions pour les institutions du service de santé publique de la région de York (*Outbreak Control Measures Information Package for Institutions YRPH*), *Recommandations pour la prévention et le contrôle des éclosions dans les établissements et les lieux d'hébergement collectif*, notes d'évolution des personnes résidentes, entretiens avec

le responsable de la PCI, l'administrateur, le service de santé publique de la région de York.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 15 janvier 2025

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 011 Plans de mesures d'urgence

Problème de conformité nº 012 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : l'alinéa 268 (8) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Plans de mesures d'urgence

Paragraphe 268 (8) Le titulaire de permis veille à ce que les plans de mesures d'urgence du foyer soient évalués et mis à jour comme suit :

b) dans les 30 jours qui suivent la fin officielle de la situation d'urgence, après chaque activation d'un plan de mesures d'urgence.

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

Le titulaire de permis doit s'assurer de ce qui suit :

1) Le personnel du Comité de préparation aux situations d'urgence doit participer à l'évaluation et à la mise à jour du plan de mesures d'urgence afin de garantir une approche globale de la préparation aux situations d'urgence.
2) Le foyer doit veiller à inclure des partenaires externes tels que des services d'urgence locaux, des autorités de santé publique, du carrefour de PCI et d'autres intervenants externes pertinents qui peuvent apporter un soutien et une coordination en cas d'urgence.
3) Conserver un registre documenté des activités, telles que l'ordre du jour et le procès-verbal de la réunion, les présences, y compris les noms et prénoms des participants.

4) Mettre ce dossier à la disposition de l'inspectrice ou de l'inspecteur immédiatement sur demande.

Motifs
Le titulaire du permis n'a pas veillé à ce qu'un plan de mesures d'urgence soit examiné dans les 30 jours suivant l'annulation de l'ABE.

Justification et résumé
Le foyer de soins de longue durée a connu un incident critique impliquant la perte d'un service essentiel, plus précisément la perte d'eau potable, ce qui a déclenché un ABE.

Le foyer a émis un ABE et le ministère de l'Environnement, de la Conservation et des Parcs lui a demandé de procéder à une analyse de l'eau à la même date. En outre, le foyer a reçu l'ordre de remplacer l'équipement endommagé, en particulier le ballast, et d'analyser à nouveau l'eau une fois le ballast remplacé et la lampe UV opérationnelle.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le plan de mesures d'urgence en cas de perte de services essentiels (ABE) soit révisé dans les 30 jours suivant la déclaration de la fin de la situation d'urgence.

Sources : Entretien avec l'administrateur, examen du plan de mesures d'urgence (*Emergency Plan)*, procédures d'urgence (*Emergency Procedures)*.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le
6 décembre 2024

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 012 Plans de mesures d'urgence

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, 4e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Problème de conformité nº 013 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).
Non-respect : de l'alinéa 268 (10) d) du Règl. de l'Ont. 246/22
Plans de mesures d'urgence
Paragraphe 268 (10) Le titulaire de permis prend les mesures suivantes :
d) il consigne dans un dossier les mises à l'épreuve des plans de mesures d'urgence et l'évacuation planifiée ainsi que les modifications apportées aux plans pour les améliorer.

L'inspectrice ou l'inspecteur ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de conformité [*LRSLD* (2021), alinéa 155 (1) a)] :
Le titulaire de permis doit s'assurer de ce qui suit :

Conserver un dossier écrit de la mise à l'épreuve des plans de mesures d'urgence et des évacuations planifiées, ainsi que des changements apportés pour les améliorer.

1) Le titulaire de permis doit créer un modèle uniformisé pour consigner les détails de la mise à l'épreuve des plans de mesures d'urgence, des évacuations planifiées et des modifications apportées pour les améliorer.
2) Le titulaire de permis doit conserver des dossiers écrits complets de toutes les mises à l'épreuve des plans de mesures d'urgence et de toutes les évacuations.
3) Utilisez le modèle uniformisé pour documenter chaque mise à l'épreuve et chaque évacuation, y compris :

a) Le nom du foyer
b) La date et le type de mise à l'épreuve ou d'évacuation.
c) Les détails des procédures suivies.
d) Les problèmes ou difficultés rencontrés.
e) Les recommandations concernant les mesures correctives.
f) Identifier le personnel responsable des mesures correctives requises.
g) Documenter les délais fixés pour la mise en œuvre des mesures correctives.

h) Ces dossiers comprennent les attestations, les ordres du jour, les procès-verbaux, les courriels, les notes des séances de compte rendu, les documents écrits soumis par les intervenants, les formulaires, les présentations ou les quiz et les tests comme preuve de la mise à l'épreuve du personnel, des bénévoles et des étudiants.

4) Désigner un membre du personnel ou une équipe responsable de la tenue des dossiers.

5) Mises à jour et révisions régulières :

a) Documenter toutes les révisions et mises à jour planifiées des plans de mesures d'urgence.

b) Documenter la participation à toutes les formations et à tous les exercices, fournir le matériel de formation et les résultats dans les dossiers écrits.

6) Veiller à ce que les dossiers soient facilement mis à la disposition de l'inspectrice ou de l'inspecteur sur demande.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un dossier écrit soit tenu sur la mise à l'épreuve des plans de mesures d'urgence, les évacuations planifiées et toute modification apportée pour les améliorer.

Justification et résumé

Un incident critique a été soumis au directeur concernant la perte des services essentiels, en particulier de l'eau potable, pendant plus de 96 heures. Au cours de l'inspection, l'inspectrice ou l'inspecteur a examiné le plan de mesures d'urgence et les procédures d'urgence fournis par le foyer.

Au cours de l'entretien, l'administrateur a reconnu que le plan de mesures d'urgence n'avait pas été formellement évalué ou mis à l'épreuve les 30 jours l'ABE suivant la déclaration de la fin de l'ABE. En outre, aucun dossier n'a été mis à disposition pour examen. Les procédures d'urgence fournies à l'inspectrice ou à l'inspecteur dataient de 2020.

Le fait de ne pas conserver et examiner la documentation écrite sur les mises à l'épreuve et les améliorations du plan d'urgence a posé des risques importants pour la sécurité des personnes résidentes et a compromis l'état de préparation du foyer pour les situations d'urgence futures.

Sources : Incident critique, Formulaire de communication de résultats d'analyse insatisfaisants et du règlement des problèmes, plan de mesures d'urgence (*Emergency Plan)*, procédures d'urgence (*Emergency Procedures)*.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le
6 décembre 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, 4e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

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 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, 4e 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, 8e 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 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, 9e 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 8e 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.