

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 : 26 novembre 2024

Numéro d'inspection : 2024-1391-0005

Type d'inspection :

Plainte
Incident critique
Suivi

Titulaire de permis : 2063414 Ontario Limited en tant qu'associé commandité de 2063414 Investment LP

Foyer de soins de longue durée et ville : Langstaff Square Community, Richmond Hill

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 21 au 25 et du 28 au 31 octobre ainsi que le 1^{er} novembre 2024.

L'inspection concernait :

- Une demande liée au décès inattendu d'une personne résidente
- Une demande liée au positionnement, aux soins de la peau et des plaies, et à la négligence envers une personne résidente
- Une demande liée à un suivi de l'ordre de conformité (OC) n° 002 de l'inspection 2024-1391-0004, en vertu du paragraphe 108 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22, dont la date d'échéance de mise en conformité était le 13 septembre 2024
- Une demande liée à un suivi de l'OC n° 001, de l'inspection 2024-1391-0004, en vertu du paragraphe 6 (4) de la *LRSLD* (2021), dont la date d'échéance de mise en conformité était le 13 septembre 2024
- Une demande liée à une plainte portant sur le conseil des familles, la politique concernant les visiteurs, la propreté des douches et la température ambiante

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 demande liée à une éclosion déclarée de maladie infectieuse
- Une demande liée à l'administration de soins à une personne résidente de façon inappropriée/incompétente
- Une demande liée aux soins des plaies et à de la négligence envers une personne résidente
- Une demande liée à une plainte portant sur les soins des plaies et sur la gestion de la douleur pour une personne résidente
- Une demande liée à l'évaluation des soins des plaies et à l'administration de soins à une personne résidente de façon inappropriée/incompétente
- Une demande liée au décès inattendu d'une personne résidente
- Une demande liée à un problème d'aspiration d'une personne résidente.
- Une demande liée à une chute et une blessure d'une personne résidente

Ordres de conformité délivrés antérieurement :

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

Ordre n° 002 de l'inspection n° 2024-1391-0004 en vertu du paragraphe 108 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Ordre n° 001 de l'inspection n° 2024-1391-0004 en vertu du paragraphe 6 (4) de la *LRS LD* (2021)

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

- Alimentation, nutrition et hydratation
- Foyer sûr et sécuritaire
- Soins palliatifs
- Gestion de la douleur
- Prévention et gestion des chutes
- Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
- Prévention et gestion relatives aux soins de la peau et des plaies
- Entretien ménager, buanderie et services d'entretien
- Conseils des résidents et des familles

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

Prévention et contrôle des infections
Prévention des mauvais traitements et de la négligence
Droits et choix des résidents
Rapports et plaintes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : DÉCLARATION DES DROITS DES RÉSIDENTS

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

Non-respect : de la disposition 2 du paragraphe 3 (1) de la *LRSLD* (2021)

Déclaration des droits des résidents

Paragraphe 3 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au plein respect et à la promotion des droits suivants des résidents :

2. Le résident a droit au respect de son mode de vie et de ses choix.

Le titulaire de permis n'a pas veillé au respect du mode de vie et des choix des personnes résidentes.

Justification et résumé

Une plainte a été déposée auprès du directeur concernant les heures de visite du foyer de soins de longue durée.

Lors de l'entrée initiale dans le foyer de soins de longue durée, on a constaté qu'une affiche était apposée dans le vestibule, indiquant les heures de visite particulières pour les mois d'été. En outre, l'affiche indiquait que tous les visiteurs devaient s'inscrire au kiosque pour l'auto-évaluation, prendre des dispositions avec les membres de l'équipe pour les visites en dehors des heures indiquées, et qu'une orientation en matière d'alimentation était nécessaire pour aider pendant les repas.

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

En outre, le bulletin d'information du mois de juillet contenait un rappel sur les heures de visite.

Le procès-verbal du conseil des familles de Langstaff Square indiquait que les participants avaient été informés de la politique en matière des nouveaux visiteurs (*New Visitor Policy*), qui exigeait l'admission de la direction avant ou pendant les heures de repas. De plus, il a été noté que les membres de la famille ne peuvent pas être empêchés de s'asseoir avec leurs proches, de les aider ou de les encourager à manger, de socialiser avec eux dans la salle à manger ou la chambre des personnes résidentes.

Le président du conseil des résidents a indiqué que les modifications apportées aux heures de visite n'avaient pas été communiquées aux conseils. En outre, la personne résidente a indiqué qu'elle avait l'habitude de recevoir la visite d'un membre de sa famille à l'heure du repas, et qu'il devait maintenant lui rendre visite après cette heure. Il a été indiqué que cette information n'avait pas été communiquée à l'avance au membre de la famille.

Le membre de la famille n° 104 a indiqué qu'il n'avait pas été informé des changements apportés aux heures de visite et qu'il en avait été affecté, car il préférait être avec son proche aux heures de repas; de plus, il n'avait pas suivi le cours d'orientation sur l'alimentation. Le membre de la famille a indiqué que si un visiteur arrive tard, et que c'est pendant les heures de restriction, le visiteur ne sera pas autorisé à visiter, et devra attendre pour rendre visite à la personne résidente.

Le personnel de la réception a indiqué que si un membre de la famille se rendait en dehors des heures de visite sans avoir pris de dispositions, et s'il n'aidait pas à l'alimentation, il lui serait demandé de revenir pendant les heures de visite. De plus, un membre du personnel a indiqué que les heures de visite étaient en place depuis qu'il avait commencé à travailler au foyer de soins de longue durée. Le membre du

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

personnel a également reconnu que les plaintes avaient été présentées et communiquées à la direction.

La directrice générale a indiqué qu'aucune modification n'avait été apportée aux heures de visite et a confirmé qu'une note de service avait été publiée pendant l'été sur le soutien à apporter aux familles lors de leurs visites afin d'assurer une couverture dans l'aire de réception pour des raisons de sécurité. Le personnel a indiqué que si quelqu'un rendait visite en dehors des heures indiquées, les membres de la famille étaient priés d'en informer l'infirmière ou un membre de l'équipe de direction. En outre, si un visiteur doit participer à l'alimentation, il doit suivre un cours d'orientation sur l'alimentation. La directrice générale a indiqué que les visites sont autorisées, mais pas dans la salle à manger, car les visites pendant les repas ont une incidence sur l'expérience alimentaire des personnes résidentes.

Le vice-président des opérations régionales a répondu par courriel que l'affiche indiquant les heures de visite avait été placée pour assurer la sécurité et le bien-être des personnes résidentes, non pas dans l'intention de limiter les visiteurs, mais pour s'assurer qu'en dehors de ces heures de visite, l'infirmière responsable ou la personne désignée devait laisser entrer tout visiteur. En outre, il a été indiqué que la formulation de cette affiche allait être révisée.

Les derniers jours de l'inspection, la directrice générale a informé les inspectrices ou inspecteurs que l'affiche avait été enlevée afin de revoir le contenu du message.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que le mode de vie et les choix des personnes résidentes soient respectés en imposant des heures de visite et en limitant les visites dans la salle à manger a exposé les personnes résidentes du foyer à un risque de stress émotionnel et sanitaire.

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, bulletin de juillet 2024, procès-verbal du conseil des familles de Langstaff Square, entretiens avec la personne résidente n° 001, le membre de la famille n° 104 et le personnel.

AVIS ÉCRIT : PROGRAMME DE SOINS

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

Non-respect : de l'alinéa 6 (10) b) de la *LRSLD* (2021)

Programme de soins

Paragraphe 6 (10) Le titulaire de permis veille à ce que le résident fasse l'objet d'une réévaluation et à ce que son programme de soins soit réexaminé et révisé tous les six mois au moins et à tout autre moment lorsque, selon le cas :

b) les besoins du résident en matière de soins évoluent ou les soins prévus dans le programme ne sont plus nécessaires;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins écrit d'une personne résidente, en ce qui concerne les interventions de prévention des chutes et des blessures, soit mis à jour lorsqu'une intervention énoncée dans le programme n'était plus nécessaire.

Justification et résumé

Un rapport d'incident critique a été soumis au directeur concernant l'administration de soins à une personne résidente de façon inappropriée/incompétente.

Le dossier médical de la personne résidente indiquait qu'elle avait besoin d'une intervention particulière, mais l'observation a permis de constater que l'intervention n'avait pas été effectuée.

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

La personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) n° 108 a reconnu que l'intervention en question n'était pas nécessaire pour la personne résidente, bien qu'elle ait été consignée dans son dossier médical.

L'infirmière auxiliaire autorisée (IAA) n° 116 a indiqué que la personne résidente ne devait pas subir cette intervention et qu'elle avait été incluse par erreur dans les dossiers médicaux. L'IAA a indiqué qu'elle avait supprimé l'intervention des dossiers médicaux.

Le fait que le dossier médical de la personne résidente n'ait pas été mis à jour lorsqu'une intervention n'était plus nécessaire a entraîné une certaine confusion et des erreurs dans la mise en œuvre des interventions appropriées.

Sources : Dossiers de santé de la personne résidente, observations, entretiens avec la PSSP n° 108 et la IAA n° 116.

AVIS ÉCRIT : OBLIGATIONS PRÉCISES : PROPRETÉ ET BON ÉTAT

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

Non-respect : de l'alinéa 19 (2) c) de la *LRSLD* (2021)

Services d'hébergement

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

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le matériel du foyer soit entretenu de sorte qu'il soit sûr et en bon état.

Justification et résumé

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 plainte a été déposée auprès du directeur concernant les salles de douches et de bains du foyer de soins de longue durée.

Lors de l'inspection, il a été observé que les baignoires des cinq unités du foyer n'étaient pas utilisées et que les salles de bain servaient d'espace de stockage et de chargement pour les appareils de levage mécaniques portatifs.

La personne responsable de la prévention et du contrôle des infections (PCI) et l'aide à l'entretien ménager n° 103 ont indiqué que les baignoires n'avaient pas été utilisées depuis plusieurs années, car elles se souviennent que depuis la période de la pandémie, l'équipement n'a pas été utilisé.

Le directeur des services environnementaux a confirmé qu'une seule baignoire était en état de marche dans une unité donnée, mais qu'elle n'était pas utilisée. En outre, le directeur a indiqué que l'équipement avait plus de 20 ans et que les pièces nécessaires à sa réparation n'étaient plus disponibles.

Les dossiers fournis par le directeur des services environnementaux concernant les rapports d'appels de service pour la dernière année de service (2019) indiquaient « impossible de réparer ». En outre, un bon de commande du fournisseur a été fourni au foyer le 20 août 2024 et le directeur des services environnementaux a indiqué que le document avait été envoyé au siège social.

La directrice générale du foyer a indiqué que les nouvelles baignoires avaient été achetées en octobre 2024 et qu'elles attendaient d'être livrées.

Le fait de ne pas maintenir l'équipement du foyer en bon état a compromis la méthode de bain préférée des personnes résidentes et a suscité l'insatisfaction de ces dernières et de leur famille.

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 : Observations, bon de commande d'équipement, rapports sur les appels de service des fournisseurs, entretiens avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : CONTENU

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'alinéa 84 (2) p) de la *LRSLD* (2021)

Renseignements à l'égard des résidents, etc.

Paragraphe 84 (2) La trousse de renseignements comprend ce qui suit au minimum :
p) des renseignements sur le conseil des familles, s'il y en a un, y compris les renseignements que fournit le conseil pour inclusion dans la trousse ou, en l'absence d'un tel conseil, ceux que prévoient les règlements;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à inclure dans la trousse de renseignements des renseignements sur le conseil des familles, s'il y en a un, y compris les renseignements que fournit le conseil.

Justification et résumé

Une plainte a été déposée auprès du directeur concernant une demande du conseil des familles de Langstaff Square d'inclure deux documents dans la trousse de renseignements destinée aux personnes résidentes.

Le conseil des familles de Langstaff Square a demandé que deux documents soient ajoutés à la brochure du conseil des familles dans le cadre des renseignements sur ce dernier inclus dans la trousse de renseignements. Lors de l'examen de la trousse de renseignements, il a été constaté que seule une brochure relative au conseil des familles de Langstaff Square était incluse dans le dossier.

La directrice générale a reconnu qu'une demande avait été présentée au foyer par le conseil des familles de Langstaff Square et que la documentation demandée

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

n'avait pas été incluse dans la trousse de renseignements, car la décision revenait à Sienna Senior Living. En outre, le gestionnaire a indiqué que les familles étaient submergées par la quantité de renseignements.

Dans une réponse par courriel fournie par la directrice générale au président du conseil des familles, il a été communiqué au conseil que les documents demandés n'avaient pas été placés dans les trousse de renseignements. En outre, la correspondance indiquait que les trousse de renseignements étaient régies par les normes de Sienna et qu'un examen plus approfondi avait été réalisé avec l'équipe de marketing, le service juridique et le titulaire de permis.

Le vice-président des opérations régionales a indiqué que l'inclusion de renseignements tels que ceux demandés pourrait être considérée comme une « ingérence » dans les activités du conseil des familles, car il estime que ces types de documents sont mieux gérés et dirigés de manière indépendante par le conseil des familles et les membres des familles intéressées. En outre, il a été indiqué que le foyer avait fourni ces renseignements dans d'autres endroits de la communauté accessibles à toutes les familles, y compris à la réception.

Le fait de ne pas inclure de renseignements sur le conseil des familles dans la trousse de renseignements peut entraver la participation des familles, la défense de leurs intérêts et la communication, autant d'éléments essentiels pour assurer le bien-être et les soins des personnes résidentes du foyer.

Sources : Documents du conseil des familles de Langstaff Square, trousse de renseignements et entretiens avec le personnel.

**AVIS ÉCRIT : TECHNIQUES DE TRANSFERT ET DE CHANGEMENT
DE POSITION**

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

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

Non-respect : de l'article 40 du Règl. de l'Ont. 246/22

Techniques de transfert et de changement de position

Article 40. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les membres du personnel utilisent des appareils ou des techniques de transfert et de changement de position sécuritaires lorsqu'ils aident les résidents.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel utilise des techniques de transfert sécuritaires lorsqu'il a aidé une personne résidente.

Justification et résumé

Un rapport d'incident critique (RIC) a été soumis au directeur concernant le traitement incompetent/inapproprié d'une personne résidente, qui avait fait une chute lors d'un transfert.

Des instructions précises pour le transfert de la personne résidente ont été décrites dans le programme de soins de cette dernière.

Les dossiers médicaux de la personne résidente indiquaient que la PSSP n° 108 n'avait pas aidé la personne résidente à se transférer conformément aux instructions énoncées dans le programme de soins de cette dernière, ce qui a entraîné une chute et une blessure de la part de la personne résidente. La PSSP n° 108 l'a confirmé lors d'un entretien.

En ne transférant pas la personne résidente conformément aux instructions du programme de soins, la personne a été transférée d'une manière dangereuse, ce qui a entraîné une chute et une blessure pour elle.

Sources : Dossiers médicaux de la personne résidente, entretiens avec la PSSP n° 108 et le directeur adjoint des soins n° 125.

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

AVIS ÉCRIT : PRÉVENTION ET GESTION DES CHUTES

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

Non-respect : du paragraphe 54 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Prévention et gestion des chutes

Paragraphe 54 (1) Le programme de prévention et de gestion des chutes doit au minimum prévoir des stratégies visant à diminuer les chutes ou à en atténuer les effets, notamment par la surveillance des résidents, le réexamen des régimes médicamenteux des résidents, la mise en œuvre de méthodes axées sur les soins de rétablissement et l'utilisation d'équipement, de fournitures, d'appareils et d'accessoires fonctionnels. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 54 (1).

Le titulaire de permis n'a pas respecté le programme de prévention et de gestion des chutes et n'a pas rempli le dossier de surveillance clinique pendant 72 heures pour une personne résidente.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règlement de l'Ontario (Règl. de l'Ontario) 246/22, le titulaire de permis doit s'assurer que le programme de prévention et de gestion des chutes prévoit, au minimum, des stratégies visant à réduire ou à atténuer les chutes, y compris la surveillance des personnes résidentes, et que ces stratégies sont respectées.

Plus précisément, le personnel autorisé n'a pas surveillé une personne résidente qui avait fait une chute, comme l'exige la politique de prévention et de gestion des chutes, dans le cadre du programme de prévention et de gestion des chutes du foyer.

Justification et résumé

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 RIC a été soumis au directeur concernant le traitement incompetent/inapproprié d'une personne résidente, qui avait fait une chute sans témoin.

Les dossiers médicaux de la personne résidente confirmaient qu'elle avait fait des chutes qui avaient entraîné des blessures.

La politique de prévention et de gestion des chutes du foyer (*Falls Prevention and Management*) révèle que, dans le cadre d'une évaluation après une chute, l'infirmière doit remplir un formulaire de routine pour les traumatismes crâniens en cas de chute sans témoin et surveiller la personne résidente conformément au calendrier figurant sur le formulaire de routine pour les traumatismes crâniens.

La directrice des soins a reconnu qu'un formulaire de routine pour les traumatismes crâniens devait être rempli à la suite de toute chute sans témoin. Elle a confirmé que le foyer utilise un formulaire papier de routine pour les traumatismes crâniens et qu'une fois ce formulaire rempli, il doit être placé dans le dossier physique de la personne résidente.

L'IAA n° 116 et le directeur adjoint des soins n° 125 ont confirmé qu'il n'y avait aucune trace du formulaire de routine pour les traumatismes crâniens dans le dossier physique de la personne résidente après la chute et que le formulaire aurait dû être rempli et figurer dans le dossier physique.

En ne veillant pas à ce que le formulaire de suivi pour les traumatismes crâniens du foyer soit rempli comme l'exige la politique de prévention et de gestion des chutes du foyer, la personne résidente courait un risque accru qu'un changement de son état ne soit pas immédiatement détecté.

Sources : Dossiers médicaux de la personne résidente, politique de prévention et de gestion des chutes du foyer (*Falls Prevention and Management*), entretiens avec la directrice des soins n° 114, l'IAA n° 116 et le directeur adjoint des soins n° 125.

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

AVIS ÉCRIT : SOINS PALLIATIFS

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

Non-respect : du paragraphe 61 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Soins palliatifs

Paragraphe 61 (2) Le titulaire de permis veille à ce que l'évaluation interdisciplinaire des besoins du résident en matière de soins palliatifs à l'égard de son programme de soins tienne compte des besoins physiques, affectifs, psychologiques, sociaux, culturels et spirituels du résident.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne résidente n° 011 soit évaluée et à ce que le programme de soins soit examiné et révisé en fonction des soins palliatifs qu'elle reçoit.

Justification et résumé

Le dossier électronique de la personne résidente n° 011 indiquait qu'elle avait été envoyée à l'hôpital pour un problème de santé et qu'elle était revenue de l'hôpital pour des soins palliatifs. Cependant, l'inspectrice n'a pas pu trouver de documentation sur l'évaluation palliative dans le dossier électronique de la personne résidente. Le programme de soins écrit de la personne résidente n'a pas été mis à jour en fonction de ses besoins en matière de soins palliatifs après son retour de l'hôpital.

La directrice des soins a confirmé qu'une échelle de performance pour soins palliatifs est utilisée dans le foyer pour les personnes résidentes en soins palliatifs, ce qui n'a pas été fait pour la personne résidente n° 011. Elle a également reconnu que le foyer n'avait pas mis à jour le programme de soins de la personne résidente n° 011 en fonction de ses besoins en matière de soins palliatifs.

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 personne résidente soit évaluée pour des soins palliatifs a exposé la personne résidente n° 011 à un risque d'inconfort et de douleur dans le cadre de ses soins de fin de vie.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente n° 011 et entretien avec la directrice des soins.

AVIS ÉCRIT : SERVICES D'ENTRETIEN

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

Non-respect : de l'alinéa 96 (1) a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Services d'entretien

Paragraphe 96 (1) Dans le cadre du programme structuré de services d'entretien prévu à l'alinéa 19 (1) c) de la Loi, le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

a) des services d'entretien sont disponibles sept jours par semaine au foyer pour faire en sorte que le bâtiment, notamment les aires à l'intérieur et à l'extérieur, et ses systèmes opérationnels soient maintenus en bon état;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'intérieur du foyer soit maintenu en bon état.

Justification et résumé

Lors de l'inspection, il a été constaté qu'il y avait une surface murale non finie à l'entrée d'une section particulière accessible aux résidents, en face de l'entrée de la salle à manger. En outre, le mur présentait du papier peint déchiré, de la peinture écaillée et de nombreuses marques sur la partie inférieure du mur.

Le directeur des services environnementaux a indiqué que la surface murale non finie était auparavant recouverte de papier peint, mais que ce dernier avait été

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

déchiré et que le foyer avait décidé de l'enlever complètement dans l'intention de le peindre. Le gestionnaire des services environnementaux a confirmé que le mur n'avait pas été peint et qu'il fallait le faire, estimant que le mur était dans cet état depuis environ un mois. Le directeur des services environnementaux a reconnu que le mur nécessitait des travaux.

Au sujet du papier peint déchiré et de la peinture écaillée sur le mur, le directeur des services environnementaux a reconnu que les dernières retouches effectuées sur ce mur remontaient à deux ou trois mois. Le directeur des services environnementaux a reconnu que ces murs devaient être traités et qu'ils n'étaient pas en bon état.

Le fait de ne pas veiller à ce que les aires intérieures du foyer, en particulier les surfaces murales mentionnées dans cette section accessible aux résidents, soient maintenues en bon état a une incidence sur la qualité de l'environnement du foyer et réduit la qualité de vie des personnes résidentes.

Sources : Observations et entretien avec le directeur des services environnementaux.

AVIS ÉCRIT : PROGRAMME DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE DES INFECTIONS

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'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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'après la résolution d'une écloison, l'équipe de gestion des écloisions 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 écloisions.

Conformément à la section 4.3 de la Norme de PCI pour les foyers de soins de longue durée délivrée par le directeur, datée de septembre 2023, le titulaire de permis doit s'assurer qu'après la résolution d'une écloison, l'équipe de lutte contre les flambées épidémiques et l'équipe interdisciplinaire de la PCI tiennent une séance de compte rendu pour déterminer quelles pratiques en matière de PCI ont été efficaces ou inefficaces dans la gestion de l'écloison. Il faut rédiger un résumé des constatations dans lequel des recommandations sont formulées au titulaire de permis pour améliorer les pratiques de gestion des écloisions.

Justification et résumé

Un rapport d'incident critique a été soumis au directeur concernant une écloison déclarée de maladie infectieuse.

L'examen des dossiers fournis par le foyer concernant les réunions de l'équipe de gestion des écloisions a montré qu'après la résolution de l'écloison, une réunion de l'équipe de gestion des écloisions visant à examiner les pratiques efficaces et inefficaces n'a pas eu lieu.

La personne responsable de la PCI a indiqué que l'équipe de direction examinait les renseignements relatifs à l'écloison au cours de sa réunion hebdomadaire (Weekly Trust Meeting). En outre, la personne responsable de la PCI a confirmé que le personnel de la santé publique, des soins infirmiers et des soins personnels n'a pas participé à cette réunion et que les renseignements ont été transmis par le personnel du foyer au cours du « cercle 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 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 : Dossiers des réunions sur la PCI et entretiens avec le personnel.

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 001 OBLIGATION DE PROTÉGER

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

Non-respect : du paragraphe 24 (1) de la *LRSLD* (2021)

Obligation de protéger

Paragraphe 24 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée protège les résidents contre les mauvais traitements de la part de qui que ce soit et veille à ce que les résidents ne fassent l'objet d'aucune négligence de sa part ou de la part du personnel.

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. La directrice des soins ou la personne désignée pour la gestion des soins infirmiers tient une liste à jour de tout le personnel de soins directs, y compris le personnel d'agence employé et travaillant dans la section accessible aux résidents spécifiée. La directrice des soins infirmiers ou la personne désignée pour la gestion des soins infirmiers doit donner une formation en personne à tout le personnel de soins directs, y compris le personnel d'agence, sur la section accessible aux résidents. Cette formation doit porter sur la politique et les procédures du foyer en matière de code bleu et d'intervention en cas d'urgence, ainsi que sur tous les types de directives préalables et d'états de code qui peuvent être désignés et sur la façon de confirmer l'état de code

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

d'une personne résidente. La formation doit, au minimum, porter sur le code bleu et les procédures d'intervention en cas d'urgence et sur la manière dont elles s'appliquent aux rôles respectifs du personnel de soins directs. Le foyer doit tenir un registre documenté de la formation comprenant le contenu de la formation, les dates de la formation, le nom de la personne qui a donné la formation et une liste des noms et prénoms du personnel, de son rôle et de sa fonction, ainsi que les signatures attestant que le personnel a suivi la formation. Les dossiers doivent être mis à la disposition de l'inspectrice ou inspecteur immédiatement sur demande.

2. La directrice des soins du foyer ou une infirmière autorisée (IA) désignée par la directrice des soins effectuera au moins 12 exercices de simulation de code bleu dans la section accessible aux résidents spécifiée, une fois par semaine, dans chaque équipe (jours, soirs et nuits) pendant une période de 4 semaines consécutives. Les exercices doivent être conformes aux exigences de la politique du foyer en matière de code bleu et d'urgence (*Code Blue – Emergency*) et doivent comprendre toutes les étapes appropriées décrites dans la politique. Les exercices de simulation de code bleu doivent inclure des variations en termes d'emplacement sur l'unité et de variation de l'état du code. Le foyer doit tenir un registre documenté de chaque exercice de simulation de code bleu effectué, y compris la date, l'heure et l'équipe, ainsi que les noms complets et les désignations professionnelles des membres du personnel qui y participent. Le dossier documenté doit décrire le scénario de simulation, les étapes suivies par le personnel dans le cadre de la simulation du code bleu, ainsi que toute mesure corrective ou tout retour d'information. Un registre documenté doit être mis à la disposition de l'inspectrice ou de l'inspecteur immédiatement sur demande.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à protéger une personne résidente contre la négligence du personnel à une date donnée.

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'article 7 du Règl. de l'Ont. 246/22 définit la négligence comme suit : « S'entend du défaut de fournir à un résident les traitements, les soins, les services ou l'aide nécessaires à sa santé, à sa sécurité ou à son bien-être. S'entend en outre d'une inaction ou d'une tendance à l'inaction qui compromet la santé, la sécurité ou le bien-être d'un ou de plusieurs résidents. »

Justification et résumé

Un rapport d'incident critique a été soumis au directeur concernant le décès inattendu d'une personne résidente.

Les dossiers médicaux de la personne résidente contenaient des instructions précises concernant les directives anticipées.

Les dossiers médicaux de la personne résidente indiquaient que l'IAA n° 112 avait été informée par la PSSP n° 108 que la personne résidente avait besoin d'être évaluée. Selon les dossiers, l'IAA n° 112 a procédé à l'évaluation et a noté que la personne résidente ne réagissait pas. L'IAA n° 112 a indiqué que d'autres infirmières, ainsi que le médecin n° 117, ont été appelés à l'étage et que le mandataire spécial de la personne résidente a été contacté, mais aucun document n'indique que les directives anticipées ont été suivies conformément aux instructions.

La politique du foyer en matière de code bleu et d'urgence médicale indique qu'un code bleu sera déclenché en cas d'urgence médicale mettant en danger la vie d'une personne se trouvant dans l'établissement. Lorsqu'un membre de l'équipe découvre une urgence médicale, il doit crier aux autres membres de l'équipe « Code bleu » et/ou tirer la sonnette d'appel. L'infirmière doit se rendre sur place, demander à un membre de l'équipe d'appeler le 911 pour demander une ambulance, avertir le mandataire et diriger les procédures de réanimation appropriées jusqu'à l'arrivée des ambulanciers. Il est indiqué que si l'urgence médicale concerne une personne résidente, il convient de confirmer

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'ordonnance/le statut de réanimation pour savoir si la personne résidente a besoin d'une réanimation cardio-pulmonaire ou non.

L'IAA n° 112 a confirmé que le dossier médical de la personne résidente contenait des instructions spécifiques concernant les directives anticipées et que ces dernières n'avaient pas été exécutées conformément aux instructions.

La directrice des soins a confirmé qu'une enquête interne avait été menée et qu'il avait été établi que l'IAA n° 112 aurait dû exécuter les directives anticipées conformément aux instructions figurant dans les dossiers médicaux. Ceci a également été confirmé par la directrice générale du foyer.

En ne mettant pas en œuvre les directives avancées pour la personne résidente, comme indiqué dans son dossier médical, la personne résidente s'est vu refuser un traitement et une assistance d'urgence.

Sources : Dossiers médicaux de la personne résidente, politique du foyer en matière de code bleu et d'urgence (*Code Blue – Emergency*), entretiens avec l'IAA n° 112, la directrice des soins n° 114 et la directrice générale.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 3 janvier 2025.

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

AVIS DE PÉNALITÉ ADMINISTRATIVE (APA)

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

Avis de pénalité administrative (APA) n° 001

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

Lié à l'ordre de conformité OC n° 001

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 11 000,00 \$, à verser dans les 30 jours suivant la date de la facture.

Conformément aux paragraphes 349 (6) et (7) du Règl. de l'Ont. 246/22, cette pénalité administrative est imposée parce que le titulaire de permis ne s'est pas conformé à une ordonnance rendue 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

OC et APA délivrés en vertu du paragraphe 24 (1) de la *LRSLD* (2021) le 25 août 2023
WS : 2023-1391-0004.

OC délivré en vertu du paragraphe 19 (1) de la *LFSLD* (2007) WS : 0000-1391-0000

Il s'agit du deuxième 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 qu'il

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

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 002 PROGRAMME DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE DES INFECTIONS

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'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) La personne responsable de la PCI doit élaborer 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 nouveau processus doit inclure la manière dont la personne responsable de la PCI suit et examine les dossiers des personnes résidentes dont les symptômes sont apparus ou se sont aggravés.

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) La personne responsable de la PCI ou la directrice des soins doit former l'ensemble du personnel autorisé en personne, y compris le personnel d'agence de l'unité du foyer désignée, à la nécessité de surveiller et de consigner les symptômes d'infections à chaque quart de travail. Conserver un registre documenté sur la formation donnée, y compris :
- a. Les noms (prénom et nom) du personnel qui a reçu la formation et de la personne qui l'a donnée.
 - b) La date à laquelle la formation a été achevée.
 - c) Le contenu du matériel d'enseignement et de formation.
- 4) Ces documents doivent être présentés immédiatement à la demande de l'inspectrice ou de l'inspecteur.

Motifs

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 de maladie infectieuse.

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 de maladie infectieuse a été déclarée à une date précise, dans une unité donnée.

L'examen des notes d'évolution relatives à la personne résidente n° 012 a montré que cette dernière présentait des symptômes déterminés qui nécessitaient un transfert à l'hôpital. Peu après, le foyer de soins de longue durée a reçu la confirmation que la personne résidente était positive pour une maladie infectieuse

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

particulière. Les notes d'évolution de la personne résidente n° 004 indiquaient l'apparition de symptômes infectieux le jour même de la déclaration de l'éclosion, avec un résultat positif pour une maladie infectieuse particulière. Les notes d'évolution de la personne résidente n° 005 indiquent qu'elle a été placée en isolement en raison de symptômes infectieux quelques jours après la déclaration de l'éclosion, avec un résultat positif pour une maladie infectieuse particulière.

Après avoir examiné la documentation dans PointClickCare (PCC) relative à la période d'isolement des personnes résidentes, la personne responsable de la PCI a confirmé que le personnel infirmier autorisé ne surveillait pas les personnes résidentes à chaque quart de travail.

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 : RIC, liste sommaire soumise au bureau local de santé publique, notes d'évolution des résidents n° 004, n° 005 et n° 012, et entretiens avec la personne responsable de la PCI.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 3 janvier 2025.

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

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, 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.

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

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

Commission d'appel et de révision des services de santé

À l'attention du registrateur
151, rue Bloor Ouest, 9^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.