

*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, 4<sup>e</sup> étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844 231-5702

## Rapport public initial

|                                                                        |                                      |
|------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| Date d'émission du rapport : 24 mai 2024                               |                                      |
| Numéro d'inspection : 2024-1408-0001                                   |                                      |
| Type d'inspection :<br>Plainte<br>Incident critique                    |                                      |
| Titulaire de permis : Markhaven, Inc.                                  |                                      |
| Foyer de soins de longue durée et ville : Markhaven, Markham           |                                      |
| Inspectrice principale/Inspecteur principal<br>Natalie Jubian (000744) | Signature numérique de l'inspectrice |
| Autres inspectrices ou inspecteurs<br>Maria Paola Pistritto (741736)   |                                      |

## RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : les 11 et 12 avril, du 15 au 19 avril, les 22 et 23 avril 2024

L'inspection a eu lieu à distance aux dates suivantes : 15 avril 2024

L'inspection concernait :

- Un dossier relatif à une plainte concernant un cas présumé de mauvais traitement de la part du personnel envers une personne résidente
- Un dossier relatif à une plainte concernant plusieurs aspects des soins aux personnes résidentes
- Dossiers relatifs à une chute d'une personne résidente ayant entraîné une blessure
- Un dossier relatif à une plainte concernant une éclosion
- Un dossier relatif à la prestation de soins inappropriés à une personne résidente
- Dossiers relatifs à des blessures dont la cause est inconnue

*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, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

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

Services de soins et de soutien aux personnes résidentes  
Services d'entretien ménager, de buanderie et d'entretien  
Gestion des médicaments  
Alimentation, nutrition et hydratation  
Prévention et contrôle des infections  
Prévention des mauvais traitements et de la négligence  
Prévention et gestion des chutes

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### Problème de conformité corrigé

Un **problème de conformité** a été constaté lors de cette inspection et a été **corrigé** par le titulaire de permis avant la conclusion de l'inspection. L'inspectrice a estimé que le non-respect répondait à l'intention du paragraphe 154 (2) et ne nécessitait aucune autre mesure.

Non-respect n° 001 rectifié conformément aux termes du paragraphe 154 (2) de la LRSLD (2021)

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

Service de restauration et de collation

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

1. La communication des menus hebdomadaires et quotidiens aux résidents.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à communiquer le menu hebdomadaire et quotidien aux personnes résidentes.

#### Justification et résumé

Lors des observations des repas, l'inspectrice n° 000744 a noté que les menus hebdomadaires et quotidiens n'étaient pas affichés à l'intérieur ou à l'extérieur des salles à manger.

*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, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

La personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) n° 103 a confirmé que les menus quotidiens et hebdomadaires sont communiqués aux personnes résidentes en affichant les menus sur le babillard à l'extérieur des salles à manger. La PSSP n° 103 a indiqué qu'elle ne savait pas pourquoi les menus n'étaient pas affichés ce jour-là, comme c'est habituellement le cas, et qu'elle soupçonnait que c'était lié au fait que le foyer était en train de passer de l'affichage papier à l'affichage sur un écran situé juste à l'extérieur de la salle à manger. Les écrans à l'extérieur de toutes les salles à manger étaient noirs.

Le diététiste professionnel ou la diététiste professionnelle (Dt.P.) a confirmé que les menus hebdomadaires et quotidiens n'étaient pas affichés, car le foyer était en train de passer à l'affichage des menus sur les écrans à l'extérieur des salles à manger.

Pendant le reste de l'inspection, on a remarqué que les menus hebdomadaires et quotidiens étaient affichés à l'extérieur des fenêtres de la salle à manger dans toutes les zones du foyer.

**Sources** : observations, entretiens avec le personnel. [000744]

Date de la rectification apportée : 12 avril 2024

**AVIS ÉCRIT : DIRECTIVES DU MINISTRE**

Problème de conformité n° 002 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

**Non-respect du : paragraphe 184 (3) de la LRSLD (2021)**

Directives du ministre

Par. 184(3) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée doit d'exécuter les directives opérationnelles ou en matière de politique qui s'appliquent au foyer.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, lorsque la Loi exigeait que le titulaire du permis d'un foyer de soins de longue durée (SLD) exécute toutes les directives opérationnelles du ministre qui s'appliquent au foyer de soins de longue durée, la directive opérationnelle du ministre ait été respectée.

Conformément à la directive du ministre intitulée « COVID-19 : Document d'orientation pour les foyers de soins de longue durée en Ontario », datant de septembre 2023, le titulaire de permis était tenu de procéder à des audits hebdomadaires de prévention et de contrôle des infections (PCI) lorsque le foyer était en situation d'éclosion de COVID-19.

*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, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702**Justification et résumé**

Le foyer a connu une éclosion de COVID-19 pendant une période d'environ huit semaines. La gestionnaire de la PCI et de la formation du personnel infirmier clinicien a déclaré que le foyer remplissait l'« Outil de vérification d'auto-évaluation en matière de prévention et de contrôle des infections pour les foyers de soins de longue durée et les maisons de retraite » (COVID-19) de Santé publique Ontario chaque semaine en cas d'éclosion. Le foyer ne disposait pas de registre des audits effectués pendant plusieurs semaines au cours de la période d'éclosion. La gestionnaire de la PCI et de la formation du personnel infirmier clinicien a confirmé la même chose.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que les audits de PCI soient effectués une fois par semaine pendant une éclosion de COVID-19 a augmenté le risque de transmission de l'infection.

**Sources** : les registres d'audit du foyer liés à « l'Outil de vérification d'auto-évaluation pour les foyers de soins de longue durée et les maisons de retraite » (COVID-19) et l'entretien avec la gestionnaire de la PCI et de la formation du personnel infirmier clinicien. [000744]

**AVIS ÉCRIT : EXIGENCES GÉNÉRALES**

Problème de conformité n° 003 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

**Non-respect de : l'alinéa 34 (1) 3) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Exigences générales

Par. 34 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au respect des règles suivantes à l'égard de chacun des programmes structurés exigés aux articles 11 à 20 de la Loi et de chacun des programmes interdisciplinaires exigés à l'article 53 du présent règlement :

3. Le programme doit être évalué et mis à jour au moins une fois par année conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises.

Le titulaire de permis n'a pas évalué une fois par année le programme de prévention et de gestion des chutes.

*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, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702**Justification et résumé**

À la suite de la chute d'une personne résidente, le programme de prévention et de gestion des chutes du foyer a été examiné. Le foyer n'a pas été en mesure de produire l'évaluation du programme pour l'année 2023. La directrice des soins infirmiers (DSI) a reconnu que l'évaluation du programme devait être effectuée sur une base annuelle, mais n'a pas pu trouver l'évaluation du programme de prévention et de gestion des chutes pour l'année 2023.

Cette situation a présenté un risque pour le bien-être et la sécurité des personnes résidentes, car le programme du foyer n'a pas été évalué conformément aux pratiques exemplaires actuelles.

**Sources** : politique de prévention des chutes du foyer de soins de longue durée, entretien avec la DSI. [000744]

**AVIS ÉCRIT : Techniques de transfert et de changement de position**

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

Art. 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 les membres du personnel utilisent des techniques de transfert sécuritaires lorsqu'ils aident une personne résidente.

**Justification et résumé**

La direction a reçu un rapport d'incident critique concernant une blessure subie pendant la prestation des soins. Le programme de soins de la personne résidente indique qu'il faut deux personnes pour procéder à son transfert. La PSSP n° 114 a confirmé qu'elle s'occupait de la personne résidente n° 008 lorsqu'elle a tenté de la déplacer seule, ce qui a entraîné une blessure chez la personne résidente. La PSSP n° 114 a confirmé qu'elle avait reçu une formation sur les transferts et les levages.

*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, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

La politique du foyer sur le cours minimal au levage (Minimal Lift Policy) précise que le rôle du personnel est de suivre les procédures de déplacement des clients et d'utiliser l'équipement fourni pour la personne résidente.

Le fait de ne pas avoir appliqué le programme de soins de la personne résidente lui a entraîné une blessure à la main ayant nécessité des points de suture.

**Sources** : Le dossier clinique de la personne résidente, l'entretien avec le personnel, les notes d'enquête et la politique de transfert du foyer. [741736]

**AVIS ÉCRIT : EFFETS PERSONNELS ET AIDES PERSONNELLES**

Problème de conformité n° 005 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

**Non-respect du : paragraphe 41 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Effets personnels et aides personnelles

Par. 41 (2) Le titulaire de permis veille à ce que chaque résident reçoive, au besoin, l'aide voulue pour utiliser des aides personnelles.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente reçoive de l'aide pour utiliser ses aides personnelles.

**Justification et résumé**

La direction a reçu une plainte concernant des odeurs nauséabondes persistantes. Le programme de soins de la personne résidente indique que celle-ci devait porter une aide personnelle. Lors de l'observation des soins effectuée par la PSSP n° 109, la personne résidente ne portait pas l'aide personnelle.

Le programme de soins de la personne résidente indique qu'il faut s'assurer que l'aide personnelle est propre et appropriée et que le personnel la porte, car cela aide la personne résidente.

Le fait de ne pas fournir l'aide personnelle à la personne résidente a eu une incidence négative sur la qualité de vie de cette dernière.

**Sources** : le programme de soins de la personne résidente, les observations, l'entretien avec le personnel. [741736]

*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, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702**AVIS ÉCRIT : PRÉVENTION ET GESTION DES CHUTES**

Problème de conformité n° 006 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

**Non-respect du : paragraphe 54 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22,**

Prévention et gestion des chutes

Par. 54 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le résident qui fait une chute fasse l'objet d'une évaluation et à ce que, si l'état ou la situation du résident l'exige, une évaluation postérieure à sa chute soit effectuée au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour les chutes. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 54 (2); Règl. de l'Ont. 66/23, art. 11.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, lorsqu'une personne résidente est tombée, une évaluation soit effectuée après la chute au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique spécialement conçu pour évaluer les chutes.

**Justification et résumé**

Un rapport d'incident critique concernant la chute d'une personne résidente qui a entraîné son transfert à l'hôpital en raison des blessures a été soumis à la direction.

La politique du foyer portant sur le programme de gestion des chutes (Falls Management Program) indique que le personnel autorisé doit effectuer les évaluations des chutes prévues dans le rapport de gestion des risques après la chute d'une personne résidente. La gestion du risque de chute dans l'outil Point Click Care (PCC) a déclenché trois évaluations à effectuer après la chute, soit l'échelle de MORSE (évaluation du risque de chute), le bilan après la chute et l'évaluation des mesures d'intervention en cas de blessure après la chute. Le dossier clinique de la personne résidente indique que seule l'échelle de MORSE a été remplie après la chute.

L'infirmier auxiliaire autorisé ou l'infirmière auxiliaire autorisée (IAA) n° 111 ainsi que la gestionnaire de la PCI et de la formation du personnel infirmier clinicien ont confirmé que le foyer s'attendait à ce que les trois évaluations soient effectuées après une chute et qu'elles n'ont pas été réalisées pour la personne résidente.

*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, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Le fait de ne pas veiller à ce que la personne résidente ait fait l'objet d'une évaluation appropriée au plan clinique conçue pour évaluer les chutes, a exposé la personne résidente à un risque de blessures dont la cause est inconnue.

**Sources** : le dossier clinique de la personne résidente, la politique de prévention des chutes du foyer, les entretiens avec le personnel. [000744]

**AVIS ÉCRIT : SOINS DE LA PEAU ET DES PLAIES**

Problème de conformité n° 007 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

**Non-respect du : sous-alinéa 55 (2) (b) (i) du Règl. de l'Ont. 246/22,**

Soins de la peau et des plaies

Art. 55 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

b) le résident qui présente des signes d'altération de l'intégrité épidermique, notamment des ruptures de l'épiderme, des lésions de pression, des déchirures de la peau, ou des plaies, à la fois : (i) se fait évaluer la peau par un membre du personnel infirmier autorisé, au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour l'évaluation de la peau et des plaies,

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne résidente fasse l'objet d'une évaluation de la peau par un membre du personnel infirmier autorisé, au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour l'évaluation de la peau et des plaies.

**Justification et résumé**

Un rapport d'incident critique concernant la chute d'une personne résidente qui a entraîné son transfert à l'hôpital en raison des blessures a été soumis à la direction. La personne résidente s'est blessée en tombant. Le dossier clinique de la personne résidente, sous l'onglet évaluation dans l'outil Point Click Care (PCC), indique qu'il n'y a pas eu d'évaluation initiale de la peau de la personne résidente à la suite des blessures.

La politique du foyer portant sur le programme de soins de la peau et des plaies (Skin and Wound Care- Program) indique que le personnel autorisé doit remplir le formulaire d'évaluation des nouvelles plaies dans la section d'évaluation de l'outil PCC lorsqu'une nouvelle plaie est détectée. La gestionnaire de la PCI et de 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, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

formation du personnel infirmier clinicien a confirmé que le formulaire d'évaluation des nouvelles plaies (New Wound Assessment Form) n'était plus utilisé, mais que le personnel autorisé devait remplir l'évaluation des soins de la peau dans la section d'évaluation de l'outil PCC lorsqu'une nouvelle plaie était détectée. Elle a également confirmé que l'évaluation de la peau liée aux blessures n'avait pas été effectuée pour la personne résidente après la chute.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que les blessures de la personne résidente fassent l'objet d'une évaluation initiale l'a exposée au risque de ne pas recevoir de traitement en temps utile en cas d'aggravation potentielle de l'altération de la peau.

**Sources** : le dossier clinique de la personne résidente, la politique du foyer en matière de soins de la peau et des plaies, les entretiens avec le personnel. [000744]

## **AVIS ÉCRIT : FACILITATION DES SELLES ET SOINS LIÉS À L'INCONTINENCE**

Problème de conformité n° 008 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

### **Non-respect de : l'alinéa 56 (2) g) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Facilitation des selles et soins liés à l'incontinence

Par. 56 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

g) les résidents qui ont besoin de produits pour incontinence disposent d'assez de produits de rechange pour demeurer propres et au sec et se sentir en confort;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente qui avait besoin de produits de soins liés à l'incontinence dispose d'assez de produits de rechange pour demeurer propre, au sec et à l'aise.

### **Justification et résumé**

La direction a reçu une plainte concernant des odeurs nauséabondes persistantes. L'inspectrice n° 741736 a observé une odeur d'urine nauséabonde persistante dans la chambre d'une personne résidente.

Le programme de soins de la personne résidente indique que l'horaire des toilettes devait être vérifié avant tous les repas et avant le coucher. À 13 h, l'inspectrice n° 741736 a demandé à la PSSP n° 108 de changer la serviette d'incontinence de la personne résidente en raison de l'odeur qui s'en dégageait.

*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, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

L'inspectrice n° 741736 a observé et touché le produit pour incontinence souillé de la personne résidente après son retrait et il était complètement saturé. La PSSP n° 108 a confirmé que le produit pour incontinence de la personne résidente avait été vérifié pour la dernière fois à 7 h 45.

La PSSP n° 109 a informé l'inspectrice n° 741736 que le produit pour incontinence n'avait pas été changé en raison du comportement de la personne résidente. Le comportement de la personne résidente n'a pas été consigné pour le matin ou l'après-midi ce jour-là. La PSSP n° 109 n'a pu trouver aucune mesure d'intervention en matière de comportement dans le programme de soins de la personne résidente.

L'IAA n° 110 a confirmé que le produit pour incontinence était trop saturé et qu'il aurait dû être changé.

Le fait de ne pas avoir changé les sous-vêtements à une fréquence suffisante pour que la personne résidente reste au sec, propre et à l'aise l'a exposée à un risque de rupture de l'épiderme.

**Sources** : observation, entretiens avec le personnel et politique du foyer en matière de soins liés à l'incontinence. [741736]

**AVIS ÉCRIT : PLANIFICATION DES MENUS**

Problème de conformité n° 009 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

**Non-respect de** : l'alinéa 77 (3) a) du Règl. de l'Ont. 246/22

**Planification des menus**

Par. 77 (3) Le titulaire de permis veille à ce que soient offerts à chaque résident au moins : a) trois repas par jour;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente se voie offrir au moins trois repas par jour.

**Justification et résumé**

La direction a reçu une plainte concernant des odeurs nauséabondes persistantes.

*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, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

C'est en début d'après-midi que l'inspectrice n° 741736 s'est entretenue avec la PSSP n° 109 au sujet des soins prodigués à une personne résidente. La PSSP n° 109 a informé l'inspectrice n° 741736 que la personne résidente n'avait pas pris de déjeuner ni de dîner pendant la journée. Le programme de soins de la personne résidente indique que des vérifications et des changements des sous-vêtements doivent être effectués avant les repas. La PSSP n° 109 a informé l'inspectrice n° 741736 que la personne résidente n'avait pas pris de déjeuner ni de dîner parce qu'elle dormait.

Le programme de soins de la personne résidente indique qu'il faut lui fournir des aliments et des liquides en quantité suffisante pour répondre aux besoins nutritionnels estimés.

Le fait de ne pas offrir à la personne résidente un minimum de trois repas par jour l'expose à un risque de carence nutritionnelle.

**Sources** : le programme de soins de la personne résidente, les observations et l'entretien avec le personnel. [741736]

**AVIS ÉCRIT : Avis : police**

Problème de conformité n° 010 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

**Non-respect de : l'article 105 du Règl. de l'Ont. 246/22**

Avis : police

article 105. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le corps de police concerné soit immédiatement avisé de tout incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitements ou de négligence envers un résident s'il soupçonne que l'incident constitue une infraction criminelle. Par. 105, 390 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le corps de police concerné soit immédiatement avisé après le cas de violence physique présumé envers une personne résidente.

**Justification et résumé**

La direction a reçu un rapport d'incident critique en raison des mauvais soins prodigués à une personne résidente. La personne résidente a pu verbaliser

*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, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

clairement l'incident au cours duquel elle a prétendu avoir été poussée au sol par une PSSP. Elle a pu expliquer en détail ce qui s'est passé entre elle et la PSSP.

Le partenaire commercial des ressources humaines et la DSI ont confirmé que la police n'avait pas été prévenue après l'incident. La DSI a confirmé que la police aurait dû être appelée pour cet incident.

Le fait de ne pas communiquer avec la police en cas de mauvais traitements ou de négligence présumés met en danger la sécurité de la personne résidente.

**Sources :** Entretien avec le personnel et notes cliniques sur la personne résidente. [741736]

**AVIS ÉCRIT : RAPPORTS : INCIDENTS GRAVES**

Problème de conformité n° 011 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

**Non-respect de : l'alinéa 115 (1) 5) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Rapports : incidents graves

Art. 115 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille, d'une part, à immédiatement informer le directeur, de façon aussi détaillée que possible dans les circonstances, des incidents suivants et, d'autre part, à faire suivre le rapport exigé au paragraphe (5) :

5. L'écllosion d'une maladie importante sur le plan de la santé publique ou d'une maladie transmissible au sens de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la direction soit immédiatement informée, de manière aussi détaillée que possible dans les circonstances, de l'écllosion d'une maladie importante sur le plan de la santé publique ou d'une maladie transmissible au sens de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*.

**Justification et résumé**

Un rapport d'incident critique a été soumis à la direction à la suite d'une écllosion de maladie respiratoire.

La gestionnaire de la PCI et de la formation du personnel infirmier clinicien a reconnu que les écllosions doivent être signalées immédiatement à la direction et a confirmé que l'écllosion avait été déclarée par la santé publique la veille de la soumission du rapport d'incident critique.

*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, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

L'omission d'informer immédiatement la direction d'une éclosion réduit au minimum les mesures d'intervention potentielles nécessaires pour gérer les préoccupations importantes.

**Sources :** Rapport d'incident critique, entretien avec la gestionnaire de la PCI et de la formation du personnel infirmier clinicien. [000744]

**ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 001 Obligation de protéger**

Problème de conformité n° 012 Ordonnance de conformité aux termes de l'alinéa 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

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

Obligation de protéger

Par. 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 ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de conformité [alinéa 155 (1) a) de la LRSLD (2021)] :**

1) L'infirmier ou l'infirmière du programme ontarien de soutien en cas de troubles du comportement, en collaboration avec la gestionnaire de la formation du personnel infirmier clinicien, doit dispenser une formation en personne à l'ensemble du personnel autorisé et des PSSP, y compris le personnel d'agence, sur la prévention des mauvais traitements et de la négligence.

a) L'éducation en matière de prévention des mauvais traitements et de la négligence doit au minimum se concentrer sur les exigences législatives connexes en vertu de la LRSLD et du Règl. de l'Ont. 246/22, l'obligation de signaler les cas de mauvais traitements ainsi que les processus et protocoles internes du foyer en matière de prévention des mauvais traitements et de la négligence.

b) Markhaven doit signaler immédiatement à la police tous les cas de mauvais traitement et de négligence suspectés et avérés figurant dans le dossier d'un membre du personnel. Les rapports de police doivent être mis à la disposition de l'inspectrice dès qu'elle en fait la demande.

*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, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

c) L'équipe de gestion des soins infirmiers doit élaborer et mettre en œuvre un plan de sécurité pour les personnes résidentes lorsque le membre du personnel concerné est en poste et fournit des soins directs aux personnes résidentes. Le plan doit prévoir, au minimum, la surveillance et la supervision d'un infirmier autorisé ou d'une infirmière autorisée responsable lorsque le membre du personnel concerné travaille auprès des personnes résidentes, ainsi que la vérification des mécanismes mis en place pour garantir la sécurité des personnes résidentes auxquels le membre du personnel concerné fournit des soins ou avec lesquelles il est en contact. L'équipe de gestion des soins infirmiers doit consigner la mise en œuvre du plan de sécurité des personnes résidentes, y compris les dates, les mécanismes de surveillance et la supervision en place, ainsi que tout problème relevé pendant les quarts de travail.

d) La directrice générale doit élaborer une procédure écrite garantissant que, lorsqu'une allégation de mauvais traitements de la part d'un membre du personnel envers une personne résidente est confirmée à l'issue d'une enquête, un plan écrit est mis en place pour rencontrer régulièrement et surveiller activement le membre du personnel accusé, afin d'éviter que de tels actes ne se reproduisent. Il convient de consigner par écrit les mesures disciplinaires progressives et les mesures prises pour éviter que de tels actes ne se reproduisent.

e) La directrice générale doit procéder à une analyse des causes profondes de toutes les allégations de mauvais traitements de la part du membre du personnel envers la personne résidente ayant entraîné des lésions physiques ou émotionnelles et définir des stratégies d'atténuation pour éviter que de tels actes ne se reproduisent pendant une période de trois semaines. Conserver une trace écrite de l'analyse des causes profondes et des stratégies d'atténuation.

f) Mettre tous les dossiers à la disposition de l'inspectrice dès qu'elle en fait la demande.

**Motifs**

Le titulaire de permis n'a pas protégé les personnes résidentes contre les mauvais traitements et doit veiller à ce que les personnes résidentes ne fassent l'objet d'aucune négligence.

*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, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702**Justification et résumé**

La direction a reçu un rapport d'incident critique en raison des mauvais soins prodigués à une personne résidente. Au cours de l'inspection, la personne résidente a pu verbaliser clairement l'incident aux inspectrices n° 741736 et n° 000744 mot pour mot, tel qu'il est présenté dans le rapport d'incident critique. La personne résidente a pu expliquer en détail ce qui s'est passé entre elle et la personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP), et à quelle partie du corps elle a subi une blessure.

L'infirmier autorisé ou l'infirmière autorisée (IA) n° 115 a confirmé que la personne résidente recevait toujours des soins de la part de la personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) après l'incident de mauvais traitements présumés. Ce n'est que le lendemain qu'on a retiré la PSSP des soins à la personne résidente. L'IA n° 115 et l'IAA n° 118 ont confirmé qu'il y avait eu d'autres incidents mettant en cause la PSSP et d'autres personnes résidentes.

Un examen du dossier de la PSSP a confirmé des incidents antérieurs de même nature remontant à quelques années. Au cours de l'inspection, les inspectrices n° 741736 et n° 000744 ont découvert des dossiers d'enquête concernant des incidents plus récents.

Dans le dossier de l'employé(e), il y avait une lettre de suspension pour un incident de négligence qui a été corroboré parce que la PSSP a refusé de faire la toilette d'une personne résidente dans le besoin. Cet incident n'a pas été signalé au ministère des Soins de longue durée (MSLD).

Les préoccupations du foyer indiquées dans cette lettre comprennent la négligence d'une personne résidente et la non-conformité avec les politiques et procédures comme la tolérance zéro à l'égard des mauvais traitements et de la négligence, la prévention des mauvais traitements et de la négligence des personnes résidentes et les règles de conduite. La lettre disciplinaire adressée par le foyer à la PSSP reconnaît l'existence d'antécédents de comportements semblables de non-conformité avec les règles de conduite et de prévention des mauvais traitements et de la négligence.

La lettre disciplinaire mentionne plusieurs jours de suspension non payés. Le partenaire commercial des ressources humaines a informé les inspectrices n° 741736 et n° 000744 que le syndicat était intervenu et que seuls deux jours de

*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, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

suspension pouvaient être envisagés. Le partenaire commercial des ressources humaines a confirmé que la PSSP n'avait pas été licenciée parce que le foyer n'avait pas suivi la procédure appropriée pour licencier l'employé(e). La lettre de suspension indique que la PSSP pouvait reprendre ses fonctions normales après avoir suivi un module de formation.

Au cours de l'inspection, un autre incident qui n'avait pas été signalé à la direction a été découvert dans le dossier de la PSSP. La PSSP a été reconnue coupable de négligence à l'égard d'une autre personne résidente qui avait besoin d'aide pour faire sa toilette. Les notes d'enquête font état de la frustration de la PSSP à suivre l'horaire de toilette de la personne résidente. Lorsque la PSSP s'occupait des besoins de la personne résidente, celle-ci semblait très agitée.

Une lettre de cessation d'emploi a été trouvée dans le dossier de l'employé(e). Une note indique que la PSSP était en congé pour une certaine période, mais qu'elle devait revenir. Le partenaire commercial des ressources humaines a confirmé que la lettre de cessation d'emploi n'avait jamais été remise à la PSSP.

Le fait de ne pas avoir protégé les personnes résidentes contre les mauvais traitements et la négligence de la PSSP a mis les personnes résidentes en danger.

**Sources** : Entretiens avec le personnel et dossier de l'employé(e). [741736]

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le** : 28 juin 2024.

**ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 002 Entretien ménager**

Problème de conformité n° 013 Ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

**Non-respect du** : paragraphe 140 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Administration des médicaments

Par. 140 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qu'aucun médicament ne soit utilisé par un résident du foyer ou ne lui soit administré, à moins que le médicament ne lui ait été prescrit. Paragraphe 140 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

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

1) La gestionnaire de la formation du personnel infirmier clinicien ou la DSI doit dispenser une formation en personne à l'ensemble du personnel autorisé, y compris

*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, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

le personnel d'agence, concernant les pratiques exemplaires en matière d'administration des médicaments, y compris, mais sans s'y limiter, le fait de ne pas laisser les médicaments au chevet du patient.

a) Des vérifications aléatoires doivent être réalisées par un infirmier autorisé ou une infirmière autorisée (IA) lors de la tournée de distribution des médicaments, à chaque étage et à chaque quart de travail pendant au moins quatre semaines, y compris les jours fériés et les fins de semaine, afin de s'assurer que les personnes résidentes sont habillées de façon appropriée selon l'heure de la journée. Conserver une trace écrite des vérifications réalisées, y compris le nom de la personne effectuant la vérification, le nom du personnel visé par la vérification, les éventuelles mesures correctives et la date de la vérification.

b) Conserver une trace écrite de la formation dispensée, des personnes qui l'ont reçue, de la date d'achèvement de la formation et du contenu du matériel d'éducation et de formation.

c) Mettre ce dossier à la disposition de l'inspectrice dès qu'elle en fait la demande.

**Motifs**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'aucun médicament ne soit utilisé ou administré à une personne résidente du foyer, à moins que le médicament ne lui ait été prescrit.

**Justification et résumé**

La direction a reçu une plainte concernant des préoccupations relatives à des médicaments laissés au chevet des personnes résidentes. Les IA n° 101 et n° 104 et l'IAA n° 108 ont confirmé que le foyer avait reçu des plaintes concernant des médicaments laissés au chevet de personnes résidentes. L'IA n° 101 a confirmé que le personnel de l'agence laissait les médicaments au chevet des personnes résidentes. L'IA n° 101 a formé le personnel de l'agence aux pratiques exemplaires en matière d'administration des médicaments.

De nombreux comptes rendus de réunions de personnes résidentes ont fait état de préoccupations concernant des infirmiers ou infirmières qui laissaient des médicaments au chevet des gens sans surveillance.

*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, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Le non-respect des pratiques exemplaires en matière d'administration des médicaments expose les personnes résidentes à un risque de blessure.

**Sources** : procès-verbal de la réunion du conseil des résidents, rapport sur les incidents liés aux médicaments, courriel de la personne plaignante et entretiens avec le personnel. [741736]

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le : 5 juillet 2024.

**ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 003 OBLIGATION DE FAIRE  
RAPPORT AU DIRECTEUR DANS CERTAINS CAS**

Problème de conformité n° 014 Ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

**Non-respect de : l'alinéa 28 (1) 2) de la LRSLD (2021)**

Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

Par. 28 (1) Quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner que l'un ou l'autre des cas suivants s'est produit ou peut se produire fait immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et communique les renseignements sur lesquels ils sont fondés :

2. Les mauvais traitements infligés à un résident par qui que ce soit ou la négligence envers un résident de la part du titulaire de permis ou du personnel, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident.

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

1) Élaborer et mettre en œuvre une procédure visant à garantir que les rapports d'incidents critiques concernant des soupçons de mauvais traitements ou de négligence sont envoyés à la direction conformément aux exigences législatives.

a) La directrice générale doit donner une formation en personne à la DSI et à la direction affiliée concernant la déclaration de certaines questions à la direction et du délai requis.

b) La directrice générale doit effectuer des vérifications aléatoires chaque semaine pour s'assurer que les incidents critiques sont soumis de manière appropriée pendant une période de quatre semaines.

*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, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

- c) Conserver une trace écrite de la formation dispensée, des personnes qui l'ont reçue, de la date d'achèvement de la formation et du contenu du matériel d'éducation et de formation.
- d) Mettre ce dossier à la disposition de l'inspectrice dès qu'elle en fait la demande.

**Motifs**

Le titulaire de permis n'a pas signalé immédiatement les mauvais traitements ou la négligence dont a été victime la personne résidente n° 009 et qui ont entraîné un préjudice ou un risque de préjudice pour elle.

**Justification et résumé**

La direction a reçu un rapport d'incident critique en raison des mauvais soins prodigués à une personne résidente. Dans le dossier d'employé de la PSSP, de multiples incidents ont été consignés pour des comportements semblables.

Un cas fondé de négligence, survenu au cours d'un mois précis en 2023, a été vu dans le dossier de l'employé(e), mais aucun rapport d'incident critique n'a été trouvé. Un autre cas corroboré de mauvais traitements a été fondé au cours d'un mois précis en 2024, mais aucun rapport d'incident critique n'a été trouvé.

L'entretien avec le partenaire commercial des ressources humaines et la DSI a confirmé que les rapports d'incidents critiques pour les cas de négligence corroborés n'avaient pas été envoyés à la direction.

Le fait de ne pas informer la direction des cas de mauvais traitements soupçonnés ou corroborés expose les personnes résidentes à un risque de préjudice.

**Sources** : Entretien avec le personnel, dossier clinique de la personne résidente et dossier de la PSSP. [741736]

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le : 12 juillet 2024.**

**ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 004 Tenue vestimentaire**

Problème de conformité n° 015 Ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

**Non-respect de : l'article 44 du Règl. de l'Ont. 246/22**

Tenue vestimentaire

*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, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

Art. 44. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque résident du foyer reçoive au besoin l'aide voulue pour s'habiller et à ce qu'il soit habillé de façon appropriée compte tenu du moment de la journée et de ses préférences et à ce qu'il porte des vêtements propres qui lui appartiennent et des chaussures propres appropriées.

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

1) La DSI ou la personne désignée par la direction doit donner une formation en personne à l'ensemble du personnel autorisé et du personnel de soins directs concernant les droits des personnes résidentes, mais sans s'y limiter, le droit d'être habillé de façon appropriée selon l'heure de la journée et conformément au programme de soins. b) Conserver une trace écrite de la formation dispensée, des personnes qui l'ont reçue, de la date d'achèvement de la formation et du contenu du matériel d'éducation et de formation.

a) Des vérifications aléatoires doivent être réalisées chaque jour par une IA à l'heure du dîner dans toutes les zones du foyer pendant au moins quatre semaines, y compris les jours fériés et les fins de semaine, afin de s'assurer que les personnes résidentes sont habillées de façon appropriée selon l'heure de la journée. Conserver une trace écrite des vérifications réalisées, y compris le nom de la personne effectuant la vérification, le nom du personnel visé par la vérification, les éventuelles mesures correctives et la date de la vérification.

b) Mettre ce dossier à la disposition de l'inspectrice dès qu'elle en fait la demande.

**Motifs**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que chaque personne résidente soit habillée de manière appropriée et adaptée à l'heure de la journée.

**Justification et résumé**

La direction a reçu une plainte concernant des odeurs nauséabondes persistantes. L'inspectrice n° 741736 a observé une odeur d'urine persistante à l'extérieur de la chambre d'une personne résidente. En entrant dans la chambre, l'inspectrice n° 741736 a observé une personne résidente couchée dans son lit, portant un pyjama. Les PSSP n° 109 et n° 102 ont convenu qu'il n'était pas approprié que 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, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

personne résidente soit en pyjama à 13 h 30. Le programme de soins de la personne résidente confirme que celle-ci peut être habillée en pyjama après une certaine heure.

Pendant les repas, les inspectrices n° 741736 et n° 00744 ont observé que les personnes résidentes n° 002, n° 004, n° 005, n° 006 et n° 007 portaient des pyjamas. Les inspectrices n° 741735 et n° 000744 ont demandé à la PSSP n° 113 pourquoi la personne résidente n° 007 portait un pyjama, ce à quoi la PSSP a répondu que la personne résidente était difficile. Les programmes de soins des personnes résidentes n° 002, n° 004, n° 005, n° 006 et n° 007 ne mentionnent pas la préférence pour le port du pyjama au dîner ni les comportements des personnes résidentes.

Le fait de ne pas habiller les personnes résidentes n° 003, n° 004, n° 005, n° 006 et n° 007 de manière appropriée et adaptée au moment de la journée porte atteinte à leur dignité et à la déclaration des droits des personnes résidentes.

**Sources** : Observation, courriel de la personne plaignante et entretiens avec le personnel. [741736]

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le** : 12 juillet 2024.

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

Problème de conformité n° 016 Ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

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

Entretien ménager

Par. 93 (2) Dans le cadre du programme structuré de services d'entretien ménager prévu à l'alinéa 19 (1) a) de la Loi, le titulaire de permis veille à ce que soient élaborées et mises en œuvre des marches à suivre visant ce qui suit :

a) le nettoyage du foyer, notamment :

(i) les chambres à coucher des résidents, y compris les planchers, les tapis, les meubles, les rideaux de séparation et les surfaces de contact et celles des murs;

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

1) Le gestionnaire des services environnementaux doit élaborer et mettre en œuvre un processus et un calendrier pour le nettoyage des accessoires souillés des

*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, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

personnes résidentes, y compris, mais sans s'y limiter, les tapis de sol, les matelas et les fauteuils roulants.

a) Le gestionnaire des services environnementaux ou son représentant doit former l'ensemble du personnel d'entretien et des PSSP au sujet du processus de nettoyage des accessoires souillés, y compris, mais sans s'y limiter, les tapis de sol, les matelas et les fauteuils roulants. b) Conserver une trace écrite de la formation dispensée, des personnes qui l'ont reçue, de la date d'achèvement de la formation et du contenu du matériel d'éducation et de formation.

b) Le gestionnaire des services environnementaux ou une IA désignée doit effectuer des vérifications pour détecter les odeurs nauséabondes à chaque étage pendant au moins quatre semaines, y compris les jours fériés et les fins de semaine, afin de s'assurer que les accessoires des personnes résidentes qui sont souillés sont nettoyés de manière appropriée. Conserver une trace écrite des vérifications réalisées, y compris le nom de la personne effectuant la vérification, le nom du personnel visé par la vérification, les éventuelles mesures correctives et la date de la vérification.

c) Mettre ces dossiers à la disposition de l'inspectrice dès qu'elle en fait la demande.

**Motifs**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des procédures soient mises en œuvre pour nettoyer les chambres des personnes résidentes, y compris les matelas et les tapis de sol.

**Justification et résumé**

La direction a reçu une plainte concernant des odeurs nauséabondes persistantes. L'inspectrice n° 741736 est entrée dans la chambre d'une personne résidente et y a observé une odeur d'urine nauséabonde persistante.

La PSSP n° 108 a confirmé que le produit d'incontinence de la personne résidente avait été changé pour la dernière fois à 7 h 45. L'inspectrice n° 741736 a touché le produit d'incontinence de la personne résidente après son retrait et a constaté qu'il était complètement saturé. L'inspectrice n° 741736 a observé que le tapis de sol et le matelas de la personne résidente étaient saturés d'urine.

*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, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

À une autre occasion, l'inspectrice n° 741736 a observé une forte odeur d'urine persistante à l'extérieur de la chambre d'une autre personne résidente. L'IA n° 103 a confirmé que les odeurs persistantes étaient attribuables à des appareils fonctionnels souillés et qu'un plan avait été mis en place pour les nettoyer.

L'absence de traitement des odeurs d'urine nauséabondes persistantes met en péril les droits et la jouissance des personnes résidentes.

**Sources** : courriel de la personne plaignante, observations et entretien avec le personnel. [741736]

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le** : 12 juillet 2024

**ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 006 PROGRAMME DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE DES INFECTIONS**

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

Par. 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. Paragraphe 102 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

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

1) La responsable de la PCI ou son représentant doit donner une formation en personne à l'ensemble du personnel de soins directs, y compris le personnel d'agence et les nouveaux employés, sur la PCI, notamment sur le choix, l'application, le retrait et l'élimination appropriés de l'ÉPI. Démonstration en retour sur le choix, l'application, le retrait et de l'élimination appropriés de l'ÉPI. Conserver une trace écrite de la démonstration en retour, y compris le nom du personnel, la date de la démonstration en retour, le résultat et la formation fournie à titre de rétroaction.

a) La personne responsable de la PCI ou son représentant conservera une trace écrite et effectuera deux vérifications trois fois par semaine pendant un mois sur le respect des normes relatives à l'application et au retrait de l'ÉPI dans les salles de

*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, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

précaution supplémentaires ou les unités d'éclosion. La vérification comprendra le nom de la personne qui l'effectue, l'unité et le nom du personnel observé en train d'enfiler et de retirer l'ÉPI. Lorsque l'ÉPI n'est pas enfilé et retiré correctement, la vérification indiquera quelle formation ponctuelle a été donnée au personnel. La vérification sera effectuée à tour de rôle dans les quatre unités. Si une unité ne compte pas de personne résidente faisant l'objet de précautions supplémentaires, la vérification sera réalisée dans les trois autres unités.

b) Mettre ces dossiers à la disposition de l'inspectrice dès qu'elle en fait la demande.

2) Veiller à ce que les DMBA soient facilement accessibles au point de service et dans les autres aires communes et aires réservées aux personnes résidentes.

a) Mettre à la disposition du personnel des DMBA à utiliser avant d'entrer et de sortir du lieu du point de service et des autres aires communes et aires réservées aux personnes résidentes afin de respecter les quatre moments de l'hygiène des mains.

b) Le gestionnaire des services environnementaux ou son représentant doit effectuer des vérifications hebdomadaires pendant cinq semaines afin de s'assurer que les DMBA ne sont pas périmés et qu'ils sont disponibles dans tous les points de service et dans les aires communes et aires réservées aux personnes résidentes. Lorsque le DMBA n'est pas disponible ou que sa date de péremption est dépassée, la vérification indiquera l'endroit concerné, et la date à laquelle il a été remplacé, le cas échéant. Le foyer conservera une trace écrite des vérifications, qui comprendra le nom de la personne ayant effectué la vérification, la date à laquelle elle a été réalisée et les éventuelles mesures correctives prises.

c) Mettre ces dossiers à la disposition de l'inspectrice dès qu'elle en fait la demande.

**Motifs**

1) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que toute norme délivrée par la directrice concernant la prévention et le contrôle des infections soit mise en œuvre.

Plus précisément, l'article 10.1 de la norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée stipule que le titulaire de permis s'assure que le programme d'hygiène des mains comprend l'accès à des agents d'hygiène des mains, notamment à du désinfectant pour les mains à base d'alcool (DMBA) à 70-90 %. Ces agents doivent être facilement accessibles aux points de service et dans les autres aires communes et aires réservées aux

*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, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

résidents, et tout membre du personnel fournissant des soins directs aux résidents doit avoir un accès immédiat à du DMBA à 70-90 %.

**Justification et résumé**

Au cours d'un repas, on a observé le personnel aider des personnes résidentes avec l'hygiène des mains à l'aide d'un flacon de DMBA, situé au poste des soins infirmiers, avant de les emmener dans la salle à manger. Le DMBA utilisé était périmé depuis mai 2023.

La gestionnaire de la PCI et de la formation du personnel infirmier clinicien ainsi que l'IA n° 104 ont confirmé que le DMBA ne devait pas être périmé, car cela pourrait entraîner un risque de mauvaise hygiène des mains et de transmission d'agents infectieux.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que le DMBA utilisé pour aider les personnes résidentes avec l'hygiène des mains ne soit pas périmé a augmenté le risque de transmission d'agents infectieux.

**Sources** : Observations, entretiens avec le personnel. [000744]

2) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que toute norme délivrée par la directrice concernant la prévention et le contrôle des infections soit mise en œuvre.

Plus précisément, l'article 10.1 de la norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée stipule que le titulaire de permis s'assure que le programme d'hygiène des mains comprend l'accès à des agents d'hygiène des mains, notamment à du désinfectant pour les mains à base d'alcool (DMBA) à 70-90 %. Ces agents doivent être facilement accessibles aux points de service et dans les autres aires communes et aires réservées aux résidents, et tout membre du personnel fournissant des soins directs aux résidents doit avoir un accès immédiat à du DMBA à 70-90 %.

**Justification et résumé**

Lors d'une vérification de la PCI, on a constaté que de nombreuses personnes résidentes n'avaient pas accès au DMBA et que les aires communes du foyer, comme les bibliothèques et les salons du premier et du deuxième étage, ne donnaient pas accès à du DMBA dans les environs. On a été constaté que le

*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, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

personnel se rendait dans ces pièces sans effectuer les quatre moments de l'hygiène des mains, en raison de l'absence d'accès à du DMBA.

La gestionnaire de la PCI et de la formation du personnel infirmier clinicien a confirmé que du DMBA n'était pas disponible dans les salles et que du DMBA devrait être accessible dans toutes les aires communes et aires réservées aux personnes résidentes.

Le fait de ne pas veiller à ce que du DMBA soit accessible dans les aires réservées aux personnes résidentes et les aires communes a augmenté le risque de transmission d'agents infectieux.

**Sources :** Observations, entretien avec le personnel. [000744]

3) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les pratiques de routine et les précautions additionnelles soient respectées dans le cadre du programme de prévention des infections, conformément à la « Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée, septembre 2023 » (Norme PCI).

Plus précisément, le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des exigences supplémentaires concernant l'ÉPI, notamment le choix, le port, le retrait et l'élimination de façon appropriée, soient respectées dans le cadre du programme de PCI, comme le stipule l'exigence supplémentaire 9.1 f) aux termes de la norme de prévention et de contrôle des infections.

### **Justification et résumé**

Lors d'une vérification de PCI dans l'aile sud, la PSSP n° 102 a été observée dans une chambre de personne résidente faisant l'objet de précautions supplémentaires, portant uniquement un masque chirurgical. La PSSP n'a pas revêtu l'ÉPI approprié conformément aux précautions supplémentaires affichées sur la porte de la chambre de la personne résidente.

La PSSP n° 02 a confirmé que l'on s'attendait à ce qu'elle porte l'ÉPI approprié lorsqu'elle se trouve dans une chambre faisant l'objet de précautions supplémentaires et qu'elle ne l'avait pas fait.

La gestionnaire de la PCI et de la formation du personnel infirmier clinicien a confirmé que le foyer s'attendait à ce que le personnel porte l'ÉPI approprié lorsqu'il

*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, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

entre dans la chambre d'une personne résidente faisant l'objet de précautions supplémentaires.

Le fait de ne pas choisir et de ne pas porter l'ÉPI approprié a entraîné un risque de transmission d'agents infectieux aux personnes résidentes et au personnel.

**Sources** : observations, entretiens avec le personnel. [000744]

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le** : 12 juillet 2024.

**ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 007 PROGRAMME DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE DES INFECTIONS**

Problème de conformité n° 018 Ordonnance de conformité aux termes de l'alinéa 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

**Non-respect de** : l'alinéa 102 (15) 2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programme de prévention et de contrôle des infections

Par. 102 (15) Sous réserve du paragraphe (16), le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le responsable de la prévention et du contrôle des infections désigné en application du présent article soit présent chaque semaine au foyer et y travaille régulièrement comme tel pendant les périodes suivantes :

2. Dans un foyer dont la capacité d'accueil autorisée est supérieure à 69 lits et inférieure à 200 lits, au moins 26,25 heures par semaine.

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

1) La directrice générale, la directrice des soins infirmiers ainsi que la gestionnaire de la PCI et de la formation du personnel infirmier clinicien élaboreront et mettront en œuvre un processus de suivi du temps consacré aux responsabilités relatives à la PCI et aux responsabilités de l'éducateur auprès du personnel infirmier afin d'atteindre le minimum requis de 26,25 heures par semaine pour le responsable de la PCI.

a) La directrice des soins infirmiers ainsi que la gestionnaire de la PCI et de la formation du personnel infirmier clinicien conserveront un document écrit indiquant les heures que la gestionnaire de la PCI a consacrées quotidiennement à la PCI sur place et les heures qu'elle a consacrées quotidiennement au rôle de gestionnaire

*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, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

de la formation du personnel infirmier clinicien sur place pendant une période de quatre semaines. Les dossiers doivent être mis à la disposition de l'inspectrice dès qu'elle en fait la demande.

b) La directrice des soins infirmiers ainsi que la gestionnaire de la PCI et de la formation du personnel infirmier clinicien doivent apposer leur signature pour attester le nombre d'heures consacrées quotidiennement au rôle de gestionnaire de la PCI et de la formation du personnel infirmier clinicien pendant une période de quatre semaines et conserver un document écrit qui doit être mis à la disposition de l'inspectrice dès qu'elle en fait la demande.

**Motifs**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le responsable de la prévention et du contrôle des infections désigné en vertu du présent article travaille régulièrement à ce poste sur place, dans le foyer, pendant la durée hebdomadaire indiquée ci-dessous : Dans un foyer dont la capacité d'accueil autorisée est supérieure à 69 lits et inférieure à 200 lits, au moins 26,25 heures par semaine.

**Justification et résumé**

Au foyer, le poste de gestionnaire de la PCI était combiné à celui de gestionnaire de la formation du personnel infirmier clinicien. La politique du foyer sur le rôle de gestionnaire de la PCI et de la formation du personnel infirmier clinicien (IPAC Manager/Nurse Educator Manager) énumère les multiples responsabilités professionnelles pour les deux postes. La politique ne mentionne pas les heures consacrées aux fonctions de gestionnaire de la PCI. La gestionnaire de la PCI et de la formation du personnel infirmier clinicien n'a pas été en mesure de fournir la preuve des heures qu'elle a consacrées à la PCI de façon hebdomadaire.

La gestionnaire de la PCI et de la formation du personnel infirmier clinicien a confirmé que les heures consacrées à la PCI varient d'une semaine à l'autre et qu'en général, elle consacrait de deux à trois journées de sept heures et demie à la PCI. Le foyer a une capacité de 96 lits et il ne respecte pas à l'exigence de 26,25 heures par semaine.

Il y avait un risque pour la santé et la sécurité des personnes résidentes, car la gestionnaire de la PCI n'avait pas d'heures précises affectées à la PCI.

*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, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

**Sources** : politique du foyer sur le rôle de gestionnaire de la PCI et de la formation du personnel infirmier clinicien (IPAC Manager/Nurse Educator Manager) révisée pour la dernière fois en mai 2023, entretien avec le personnel. [000744]

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 12 juillet 2024**

**ORDRE DE CONFORMITÉ OC N° 008 Plaintes concernant certaines questions : rapport au directeur**

Problème de conformité n° 019 Ordonnance de conformité aux termes de l'alinéa 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

**Non-respect du : paragraphe 111 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Plaintes concernant certaines questions : rapport au directeur

Par. 111 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée qui reçoit une plainte écrite à l'égard d'un cas dont il fait ou a fait rapport au directeur aux termes de l'article 28 de la Loi présente au directeur une copie de la plainte et un rapport écrit documentant la réponse qu'il a donnée à l'auteur de la plainte en application du paragraphe 108 (1).

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

- 1) Élaborer et mettre en œuvre un processus garantissant que les plaintes sont envoyées à la direction.
  - a) Donner une formation en personne à la DSI et à la direction affiliée concernant la déclaration de certaines questions à la direction et le délai requis.
  - b) Des vérifications aléatoires devront être réalisées par la directrice générale pendant quatre semaines pour s'assurer que les incidents critiques sont soumis de manière appropriée.
  - c) Conserver une trace écrite de la formation dispensée, des personnes qui l'ont reçue, de la date d'achèvement de la formation et du contenu du matériel d'éducation et de formation.
  - d) Mettre ce dossier à la disposition de l'inspectrice dès qu'elle en fait la demande.

*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, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702**Motifs**

Le titulaire de permis n'a pas signalé à la direction une plainte concernant des médicaments laissés au chevet de personnes résidentes.

**Justification et résumé**

La direction a reçu une plainte concernant des médicaments laissés au chevet des patients. Le foyer a reçu la plainte par courriel adressée à la directrice générale et à la gestionnaire de la formation du personnel infirmier clinicien.

Les IA n° 101, n° 104, n° 106 et l'IAA n° 108 ont confirmé que le foyer avait reçu des plaintes concernant des médicaments laissés au chevet de personnes résidentes à différentes occasions.

La DSI a confirmé qu'il était de sa responsabilité de remplir un rapport d'incident critique et qu'elle ne l'avait pas fait pour ces plaintes.

Le fait de ne pas informer la direction de certaines questions met en péril la sécurité des personnes résidentes.

**Sources** : courriel de la personne plaignante, rapport d'incident, procès-verbal de la réunion des personnes résidentes, entretiens avec le personnel. [741736]

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le** : 28 juin 2024.

*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, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) 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.

**Directeur**

a/s du coordonnateur des appels

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

Ministère des Soins de longue durée

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

Toronto (Ontario) M7A 1N3

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

*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, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

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, 9<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario) M5S 1S4

*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, 4<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

**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<sup>e</sup> étage

Toronto (Ontario) M7A 1N3

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

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