

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

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

## Rapport public modifié Page de couverture (A1)

<b>Date d'émission du rapport modifié :</b> 4 février 2025
<b>Date d'émission du rapport d'origine :</b> 17 janvier 2025
<b>Numéro d'inspection :</b> 2025-1498-0001 (A1)
<b>Type d'inspection :</b> Plainte Incident critique Suivi
<b>Titulaire de permis :</b> Royal Canadian Legion District 'D' Care Centres
<b>Foyer de soins de longue durée et ville :</b> Tony Stacey Centre for Veterans' Care, Toronto

## RÉSUMÉ D'INSPECTION MODIFIÉ

Ce rapport a été modifié pour :

- Changer la date d'échéance de l'ordre de conformité n° 001 du 11 avril 2025 au 28 avril 2025, à la demande du foyer.
- Mettre à jour le motif de l'ordre de conformité n° 001 pour citer la disposition 5.4 (a) et non 5.4 (b) de la norme PCI.
- Changer la date d'échéance de l'ordre de conformité n° 002 du 11 avril 2025 au 28 avril 2025, à la demande du foyer.
- Modifier la deuxième condition de l'ordre de conformité n° 003 d'accorder au foyer un délai supplémentaire pour fournir à l'inspectrice ou l'inspecteur un exemplaire de son plan d'action avant le 28 février 2025, à la demande du foyer.

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

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

## Rapport public modifié (A1)

<b>Date d'émission du rapport modifié :</b> 4 février 2025
<b>Date d'émission du rapport d'origine :</b> 17 janvier 2025
<b>Numéro d'inspection :</b> 2025-1498-0001 (A1)
<b>Type d'inspection :</b> Plainte Incident critique Suivi
<b>Titulaire de permis :</b> Royal Canadian Legion District 'D' Care Centres
<b>Foyer de soins de longue durée et ville :</b> Tony Stacey Centre for Veterans' Care, Toronto

## RÉSUMÉ D'INSPECTION MODIFIÉ

Ce rapport a été modifié pour :

- Changer la date d'échéance de l'ordre de conformité n° 001 du 11 avril 2025 au 28 avril 2025, à la demande du foyer.
- Mettre à jour le motif de l'ordre de conformité n° 001 pour citer la disposition 5.4 (a) et non 5.4 (b) de la norme PCI.
- Changer la date d'échéance de l'ordre de conformité n° 002 du 11 avril 2025 au 28 avril 2025, à la demande du foyer.
- Modifier la deuxième condition de l'ordre de conformité n° 003 d'accorder au foyer un délai supplémentaire pour fournir à l'inspectrice ou l'inspecteur un exemplaire de son plan d'action avant le 28 février 2025, à la demande du foyer.

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 6 au 10 et 13 au 17 janvier 2025.

L'inspection effectuée concernait :

- Plainte : n° 00108505, plainte : n° 00116780 et plainte : n° 00118733 relative à une personne résidente manquant à l'appel.
- Plainte : n° 00128392 relative à l'entretien ménager, la température des aliments, des allégations de maltraitance et la peau et les plaies.
- Plainte : n° 00130028 relative à une éclosion de maladie.
- Plainte : n° 00130282 – suivi n° 2 – disposition 19 (1) c) de la LRSLD (2021), échéance de mise en conformité au 30 septembre 2024.

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

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

- Plainte : n° 00130283 – suivi n° 1 – disposition 102 (15) 2. du Règl. de l'Ont. 246/22, échéance de mise en conformité au 25 novembre 2024.
- Plainte : n° 00130284 – suivi n° 1 – disposition 97 du Règl. de l'Ont. 246/22, échéance de mise en conformité au 16 décembre 2024.
- Plainte : n° 00131583 relative à la consistance des liquides.

## 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 découlant de l'inspection n° 2024-1498-0004 relative à la disposition 102 (15) 2. du *Règl. De l'Ont. 246/22* réalisée par l'inspectrice ou l'inspecteur.

Ordre n° 001 découlant de l'inspection n° 2024-1498-0004 relative à la disposition 97 du *Règl. De l'Ont. 246/22* réalisée par l'inspectrice ou l'inspecteur.

L'inspection n'a **PAS** permis d'établir la conformité à l'ordre ou aux ordres de conformité suivants délivrés antérieurement :

Ordre n° 002 découlant de l'inspection n° 2024-1498-0001, relative à la disposition 19 (1) c) de la LRSLD (2021), réalisée par l'inspectrice/l'inspecteur..

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

- Soins et services de soutien aux personnes résidentes (Resident Care and Support Services)
- Alimentation, nutrition et hydratation (Food, Nutrition and Hydration)
- Entretien ménager, services de buanderie et services d'entretien (Housekeeping, Laundry and Maintenance Services)
- Prévention et contrôle des infections (Infection Prevention and Control)
- Foyer sûr et sécuritaire (Safe and Secure Home)
- Prévention des mauvais traitements et de la négligence (Prevention of Abuse and Neglect)

## RÉSULTATS MODIFIÉS DE L'INSPECTION

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

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

## AVIS ÉCRIT : DÉCLARATION DES DROITS DES RÉSIDENTS

Problème de conformité n° 001 – avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

**Non-respect de : la disposition 3 (1) 1 de la LRSLD (2021).**

Déclaration des droits des résidents

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 :

1. Le résident a le droit d'être traité avec courtoisie et respect et d'une manière qui tient pleinement compte de sa dignité, de sa valeur et de son individualité inhérentes, sans égard à la race, à l'ascendance, au lieu d'origine, à la couleur, à l'origine ethnique, à la citoyenneté, à la croyance, au sexe, à l'orientation sexuelle, à l'identité sexuelle, à l'expression de l'identité sexuelle, à l'âge, à l'état matrimonial, à l'état familial ou à un handicap.

Le titulaire du permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente soit traitée avec courtoisie et respect et d'une manière qui tient pleinement compte de sa dignité, de sa valeur et de son individualité inhérentes, lorsqu'une infirmière auxiliaire autorisée ou un infirmier auxiliaire autorisé (IAA) a ramassé une pilule de médicament sur le sol dans l'intention de l'administrer à la personne résidente.

**Sources** : observations; entretien avec l'IAA.

## AVIS ÉCRIT : Foyer : milieu sûr et sécuritaire

Problème de conformité n° 002 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

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

Foyer : milieu sûr et sécuritaire

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

Lors d'une visite du foyer, un chariot d'alimentation a été observé retenant une porte en position ouverte, à côté d'un poste de soins.

Une personne résidente a été observée en train d'ingérer des aliments se trouvant sur le chariot d'alimentation. Une personne préposée aux services de soutien à la personne (PSSP) a confirmé que le chariot doit être placé hors de portée des personnes résidentes.

Ministère des Soins de longue durée  
Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

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

**Sources :** observations; dossiers cliniques de la personne résidente; entretiens avec la PSSP.

## **AVIS ÉCRIT : Obligation du titulaire de permis à se conformer au programme de soins**

Problème de conformité n° 003 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

**Non-respect de : la disposition 6 (7) de la LRSLD (2021).**

Programme de soins

6 (7) Le titulaire de permis veille à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis au résident, tel que le précise le programme.

Une personne résidente a été observée en train d'ingérer des aliments se trouvant sur un chariot d'alimentation. La ou le diététiste agréé du foyer (DA) a précisé que la personne résidente n'avait pas le droit d'ingérer les biscuits qui se trouvaient sur le chariot d'alimentation.

**Sources :** observations; dossiers cliniques de la personne résidente; entretiens avec la ou le DA.

## **AVIS ÉCRIT : Conditions du permis**

Problème de conformité n° 004 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

**Non-respect de : la disposition 104 (4) de la LRSLD (2021).**

Conditions du permis

104 (4) Le titulaire de permis se conforme aux conditions dont est assorti le permis.

La condition n° 5 de l'ordre de conformité n° 002 signifié le 24 juin 2024 et découlant de l'inspection n° 2024-1498-0001 relativement aux services d'hébergement, au titre de la disposition 19 (1) c) de la LRSLD (2021), dont l'échéance de conformité était fixée au 30 septembre 2024, n'a pas été exécutée.

Les éléments suivants de l'ordre n'ont pas été exécutés :

5. Veiller à ce que toutes les réparations soient effectuées sur les sols, les murs, les carreaux des douches, les cloisons sèches, le béton et les surfaces à peindre.

**Sources :** observations des zones résidentielles du premier et du deuxième étage; documents Plan

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

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

de conformité pour exécution de 5 ordres de conformité et planification des mesures de conformité du ministère (rapport d'inspection); politique de maintenance préventive 03-02-03, dont la dernière révision date d'août 2024; entretien avec la directrice ou le directeur des services environnementaux (ESM) et l'administratrice ou l'administrateur.

**Un avis de pénalité administrative (APA) est délivré dans le cadre du présent avis écrit d'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**

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

En vertu de l'article 158 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*, le titulaire de permis doit payer une pénalité administrative de 2 200,00 \$, à verser dans les 30 jours suivant la date de la facture.

Conformément aux paragraphes 349 (6) et 7) du Règlement de l'Ontario 246/22, la pénalité administrative est infligée pour les raisons suivantes :

Le titulaire de permis n'a pas respecté un ordre en vertu de l'article 155 de la Loi.

**Historique de la conformité :**

Inspection n° 2024-1498-0004 – avis écrit et pénalité administrative délivrés le 24 octobre 2024.

Il s'agit de la deuxième fois qu'un APA est délivré au titulaire de permis en raison du 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 personnes résidentes 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 a utilisé des fonds ne faisant pas partie de l'enveloppe pour les soins aux personnes résidentes afin de payer l'APA.

**AVIS ÉCRIT : SERVICE DE RESTAURATION ET DE COLLATION**

Problème de conformité n° 005 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1. de la LRSLD (2021).

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

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

**Non-respect de : la disposition 79 (1) 5 du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Service de restauration et de collation

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 :

5. Le service de la nourriture et des liquides à une température sûre et appétissante pour les résidents.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les aliments soient servis à une température sûre et appétissante aux personnes résidentes, en omettant d'enregistrer et de dater la température des aliments avant de servir les repas aux personnes résidentes.

**Source :** registre du point de service de la température des aliments; politique relative au journal de température des aliments et à la prise de la température; entretien la ou le gestionnaire des services alimentaires (GSA).

## **AVIS ÉCRIT : PROGRAMME DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE DES INFECTIONS**

Problème de conformité n° 006 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

**Non-respect de : la disposition 102 (5) du Règl. De l'Ont. 246/22**

Programme de prévention et de contrôle des infections

102 (5) Le titulaire de permis désigne un membre du personnel à titre de responsable de la prévention et du contrôle des infections. La formation de ce membre et son expérience en matière de pratiques de prévention et de contrôle des infections doivent notamment porter sur les éléments suivants :

- a) les maladies infectieuses;
- b) le nettoyage et la désinfection;
- c) la collecte de données et l'analyse des tendances;
- d) les protocoles de présentation de rapports;

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

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

- e) la gestion des éclosions;
- f) l'asepsie;
- g) la microbiologie;
- h) l'enseignement des adultes;
- i) l'épidémiologie;
- j) la gestion de programmes;
- k) un certificat en vigueur en matière de prévention et de contrôle des infections délivré par le Certification Board of Infection Control and Epidemiology. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 102 (5).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que sa ou son responsable de la prévention et du contrôle des infections (PCI) possède la formation et l'expérience requises au moment de son entrée en fonction le 23 octobre 2024. La ou le responsable PCI a confirmé qu'il n'avait pas suivi la formation PCI requise avant d'assumer le rôle de responsable PCI à titre temporaire le 23 octobre 2024.

**Sources** : liste de contrôle de l'orientation de la ou du responsable PCI et entretien avec la ou le responsable PCI.

## **AVIS ÉCRIT : PLANIFICATION DES MENUS**

Problème de conformité n° 007 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

### **Non-respect de : la disposition 268 (10) (a) du Règl. De l'Ont. 246/22**

Plans de mesures d'urgence

268 (10) Le titulaire de permis prend les mesures suivantes :

- a) il met à l'épreuve, chaque année, les plans de mesures d'urgence ayant trait à la perte de services essentiels, aux incendies, aux disparitions de résidents, aux urgences médicales, aux éruptions de violence, aux fuites de gaz, aux désastres naturels, aux phénomènes météorologiques extrêmes, aux avis d'ébullition de l'eau, aux éclosions de maladies transmissibles ou de maladies importantes sur le plan de la santé publique, aux épidémies, aux pandémies et aux inondations, y compris les arrangements conclus avec les entités pouvant participer à la prestation de services d'urgence ou qui fournissent de tels services dans la zone où est situé le foyer, notamment les organismes communautaires, les fournisseurs de services de santé au sens de la *Loi de 2019 pour*



Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

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

*des soins interconnectés*, les installations associées et les organismes ressources associés  
compétents qui seront appelés à intervenir dans les situations d'urgence;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que son programme d'urgence concernant les situations  
où une personne résidente est portée disparue soit testé chaque année.

**Sources** : entretien avec la directrice ou le directeur des soins infirmiers.

**(A1)**

**Le problème de conformité suivant a été modifié : Problème de conformité n° 008**

**ORDRE DE CONFORMITÉ n° 001 PROGRAMME DE PRÉVENTION  
ET DE CONTRÔLE DES INFECTIONS**

Problème de conformité n° 008 Ordre de conformité aux termes de la disposition 154 (1) 2 de la  
LRSLD (2021).

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

Programme de prévention et de contrôle des infections

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

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

**L'inspecteur ou l'inspectrice ordonne au titulaire de permis de respecter un ordre de  
conformité [al. 155 (1) a) de la LRSLD (2021)] :**

1. La ou le responsable PCI ou la personne désignée doit dispenser une formation en personne à  
une PSSP sur le port et l'enlèvement de l'EPI lorsque des précautions supplémentaires sont en  
vigueur. Un dossier écrit est tenu sur la personne qui a donné la formation, la date de la formation  
donnée et le contenu de la formation.
2. La ou le responsable PCI ou la personne désignée doit procéder à des vérifications  
hebdomadaires des PSSP afin d'observer cinq cas différents où elles mettent et enlèvent leur EPI,  
par semaine. La PSSP n° 101 doit être observée à l'entrée d'une chambre de personne résidente  
pour laquelle des précautions contre les gouttelettes et les contacts sont en vigueur, afin de  
confirmer qu'elle utilise l'EPI de manière appropriée. Les vérifications doivent être effectuées  
pendant un total de trois semaines consécutives. Il faut noter au journal des vérifications le nom de  
la personne chargée de la vérification, la date et l'heure de la vérification, le numéro de la  
chambre et toutes les mesures correctives prises pour remédier à la non-conformité constatée.
3. La ou le responsable PCI ou la personne désignée dispense une formation en personne à deux  
IAA sur les protocoles de gestion des épidémies au foyer, les exigences supplémentaires de PCI, y  
compris l'utilisation de l'EPI en cas de suspicion ou de confirmation d'une épidémie. Un dossier

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

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

écrit est tenu sur la personne qui a donné la formation, la date de la formation donnée et le contenu de la formation.

4. La ou le responsable PCI ou la personne désignée effectue des vérifications auprès des deux IAA afin d'observer chacune d'entre elles à cinq reprises lors d'une épidémie respiratoire ou lorsque les IAA entrent dans la chambre d'une personne résidente faisant l'objet de précautions contre les gouttelettes et les contacts, afin de confirmer le respect de l'utilisation appropriée de l'EPI. Les vérifications doivent être effectuées pendant trois semaines. Il faut noter au journal des vérifications le nom du vérificateur, la date et l'heure de la vérification, le nom du membre du personnel, le numéro de la chambre s'il y a lieu et toutes les mesures correctives prises pour remédier à la non-conformité constatée.
5. La directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI) ou la personne désignée doit élaborer un processus écrit pour veiller à ce que le programme PCI du foyer comprenne toutes les politiques et procédures qui sont prescrites par la Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée (avril 2022, révisée en septembre 2023).
6. La ou le responsable PCI ou la personne désignée doit dispenser une formation en personne à tous les membres du personnel du foyer qui administrent des médicaments aux personnes résidentes, en mettant l'accent sur les politiques et procédures du programme PCI du foyer qui traitent des pratiques PCI liées à l'administration et à la manipulation sûres des médicaments. Tenir un dossier écrit sur la personne qui a donné la formation, les noms des membres du personnel qui ont reçu la formation, la date de la formation donnée ainsi que le contenu de la formation.
7. La ou le responsable PCI ou la personne désignée doit dispenser une formation à l'ensemble du personnel autorisé affecté au premier étage, sur le moment où il convient d'apposer et d'enlever les affichages de signalement appropriés pour les personnes résidentes faisant l'objet de précautions supplémentaires.
8. Noter et tenir un dossier écrit de la formation fournie où sont notés les dates auxquelles la formation a été donnée, les membres du personnel qui ont participé à la formation, les signatures des membres du personnel attestant de leur compréhension des notions apprises, ainsi que la personne qui a donné la séance de formation.
9. La ou le responsable PCI ou la personne désignée doit élaborer une feuille de vérification et l'utiliser pour effectuer des vérifications quotidiennes au premier étage, pendant quatre semaines. Il s'agit de s'assurer que les personnes résidentes faisant l'objet de précautions supplémentaires sont signalées de manière appropriée et que l'affichage correspondant est retiré quand il n'est plus nécessaire. La feuille de vérification quotidienne doit indiquer le nom de la personne qui effectue la vérification, les chambres où des précautions supplémentaires doivent être affichées, les mesures correctives prises si les précautions supplémentaires ne sont pas affichées ou enlevées et le nom des membres du personnel qui ont reçu une formation, le cas échéant.
10. Tous les dossiers de vérification et de formation doivent être conservés et remis aux inspectrices ou inspecteurs qui en font la demande.

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

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

**Motifs**

1– Le titulaire du permis n'a pas veillé à respecter la norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) délivrée par la directrice ou le directeur.

Conformément à la disposition supplémentaire 9.1 (b) de la Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée (avril 2022, révisée en septembre 2023), le titulaire du permis n'a pas veillé à ce que les pratiques fondées sur des données probantes relatives à la transmission potentielle de gouttelettes et aux précautions requises soient respectées, lorsqu'une PSSP n'a pas porté d'écran facial, n'a pas porté de gants doubles et n'a pas procédé à l'hygiène des mains comme il se doit.

**Sources** : observations; entretien avec la PSSP.

2– Le titulaire du permis n'a pas veillé à respecter la norme de PCI délivrée par la directrice ou le directeur.

Conformément à l'exigence supplémentaire 6.7 de la Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée (avril 2022, révisée en septembre 2023), le port du masque est obligatoire chaque fois que des directives pertinentes entrent en vigueur.

Une écloison de maladie respiratoire aiguë s'est déclarée dans l'ensemble de l'établissement, et des directives du bureau de santé local ont exigé le port du masque dans tout l'établissement.

Pendant l'épidémie, une infirmière auxiliaire autorisée ou un infirmier auxiliaire autorisé (IAA) a été observé sans masque au poste de soins infirmiers du deuxième étage et dans le couloir de l'unité sud.

Pendant l'épidémie, deux IAA ont été observés sans masque dans le poste de soins infirmiers du deuxième étage.

Les IAA ont confirmé ne pas avoir porté leur masque facial et ont reconnu l'obligation de le faire.

Le non-respect des protocoles obligatoires de port de masque lors d'une épidémie respiratoire augmente considérablement le risque de transmission d'infections parmi les personnes résidentes et le personnel.

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

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

**Sources** : observations; entretien avec les PSSP.

3– Le titulaire du permis n'a pas veillé à respecter la norme de PCI délivrée par la directrice ou le directeur.

Conformément à la disposition additionnelle 5.4 (a) de la Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée (avril 2022, révisée en septembre 2023), le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les politiques et les procédures du programme PCI traitent expressément des pratiques PCI liées à l'administration et à la manipulation sécuritaires des médicaments.

La directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI) a confirmé que le foyer n'a pas de politiques et de procédures pour le programme PCI qui traitent expressément des pratiques PCI liées à l'administration et à la manipulation sécuritaires des médicaments.

L'absence de politiques et de procédures au sein du programme PCI traitant de l'administration et de la manipulation sécuritaires des médicaments augmente considérablement le risque de transmission d'infections parmi les personnes résidentes et le personnel.

**Sources** : entretien avec la ou le DSI.

4– Le titulaire du permis n'a pas veillé à la mise en œuvre de la norme PCI qu'a délivrée la directrice ou le directeur. Plus précisément, le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un affichage approprié soit mis en place pour signaler les personnes résidentes faisant l'objet de précautions supplémentaires.

Le foyer n'a pas veillé au respect de l'alinéa 9.1 b) de la Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée, avril 2022, révisée en septembre 2023.

Lors d'une épidémie respiratoire, la chambre d'une personne résidente qui faisait l'objet de précautions supplémentaires a été observée sans aucun affichage de précautions additionnelles.

**Sources** : observations; dossiers cliniques des personnes résidentes..

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 28 avril 2025**

**Un avis de pénalité administrative (APA) n'est délivré dans le cadre du présent avis écrit d'APA n° 002**

## **AVIS DE PÉNALITÉ ADMINISTRATIVE (APA)**

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

### **Avis de pénalité administrative (APA) n° 002**

#### **Lié à l'ordre de mise en conformité n° 001**

Au titre 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 5500,00 \$, 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 émise au titulaire de permis qui ne s'est pas conformé à une exigence, entraînant un ordre de conformité aux termes de l'article 155 de la Loi et pendant les trois ans immédiatement avant la date d'émission de cet ordre aux termes de l'article 155, le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la même exigence.

#### **Historique de la conformité :**

Inspection n° 2024-1498-0001 – ordre de conformité à priorité élevée délivré le 24 juin 2024.

Il s'agit de la première fois qu'un APA est délivré au titulaire de permis en raison du 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 personnes résidentes 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 a utilisé des fonds ne faisant pas partie de l'enveloppe pour les soins aux personnes résidentes afin de payer l'APA.

#### **(A1)**

**Le problème de conformité suivant a été modifié : Problème de conformité n° 009**

## **ORDRE DE CONFORMITÉ n° 002 Programme De Prévention Et De Contrôle Des Infections**

Problème de conformité n° 009 Ordre de conformité aux termes de la disposition 154 (1) 2. de la LRSLD (2021).

**Non-respect de : la disposition 102 (11) du Règl. de l'Ont. 246/22.**

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

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

**Prévention et contrôle des infections**

102 (11) Le titulaire de permis veille à ce que soit mis en place ce qui suit :

- a) un système de gestion des épidémies permettant de détecter, de gérer et de contrôler les épidémies de maladies infectieuses, avec notamment les responsabilités définies du personnel, les protocoles de présentation de rapports fondés sur les exigences que prévoit la Loi sur la protection et la promotion de la santé, les plans de communication et les protocoles qui permettent de recevoir des alertes médicales et d'intervenir en l'occurrence;
- b) un plan écrit qui permet d'intervenir en cas d'éclosions de maladies infectieuses. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 102 (11).

**L'inspecteur ou l'inspectrice ordonne au titulaire de permis de respecter un ordre de conformité [al. 155 (1) a) de la LRSLD (2021)] :**

1. La directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI) et le responsable PCI (prévention et contrôle des infections) ou les personnes désignées doivent élaborer une procédure écrite en collaboration avec le bureau de santé local afin de garantir un dépistage et un signalement rapides des cas infectieux à leur bureau de santé local.
2. La ou le DSI ou la personne désignée organise une formation en personne à l'intention de l'ensemble du personnel d'encadrement, axée sur le programme de préparation aux situations d'urgence du foyer en cas de pandémie, d'épidémie et d'éclosion de maladies, sur les politiques de gestion des foyers et sur la procédure écrite élaborée pour la notification des cas de maladies infectieuses à leur bureau de santé local. Un dossier écrit est tenu sur la personne qui a donné la formation, la date de la formation donnée et le contenu de la formation.
3. La ou le DSI désigné effectue des vérifications quotidiennes pour s'assurer que les personnes résidentes contagieuses sont testées et signalées au bureau de santé local conformément aux protocoles. Les vérifications doivent être effectuées pendant six semaines. Les éléments consignés doivent inclure le nom du vérificateur, la date et l'heure de la vérification, le nom et la chambre de la personne résidente, la date et l'heure de la déclaration au bureau de santé local, la méthode de communication avec le bureau de santé local et toutes les mesures correctives prises en cas de non-conformité identifiée.
4. Tous les dossiers de vérification et de formation doivent être conservés et remis aux inspectrices ou inspecteurs qui en font la demande.

**Motifs**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer respecte le système de gestion des épidémies décrit au paragraphe 102 (11) du *Règlement de l'Ontario 246/22*.

Conformément à la disposition 11 (1) b) du *Règlement*, le titulaire de permis devait veiller à ce que des politiques et des protocoles écrits soient élaborés pour le système de gestion des épidémies et s'assurer qu'ils soient respectés. Plus précisément, le personnel a failli à son devoir

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

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

de suivre la politique du titulaire de permis exigeant le signalement immédiat des épidémies.

Une épidémie respiratoire suspecte au premier étage de l'établissement Tony Stacey a été déclarée par le bureau de santé locale à une date donnée. Le port obligatoire du masque au premier étage, le groupement du personnel en cohortes et des mesures de distanciation du personnel d'avec les personnes résidentes ont été instaurés.

Le lendemain, une épidémie confirmée de maladie respiratoire a été déclarée dans l'ensemble de l'établissement. Le port obligatoire du masque dans l'ensemble de l'établissement et des mesures de distanciation du personnel d'avec les personnes résidentes ont été instaurés.

La liste fournie à l'inspecteur montrait que 20 personnes résidentes présentaient des symptômes infectieux.

Le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) et un infirmier-hygiéniste ou une infirmière-hygiéniste ont confirmé que le foyer n'avait pas signalé de personnes résidentes infectieuses au bureau de santé local avant la date de déclaration de l'éclosion suspecte.

La ou le DSI a confirmé que le foyer n'avait pas signalé les personnes résidentes infectieuses au bureau de santé local, conformément au plan de préparation aux situations d'urgence du foyer et au programme de gestion des épidémies de maladies respiratoires (sauf COVID-19) (soins de longue durée ou SLD).

L'infirmière-hygiéniste ou l'infirmier-hygiéniste a confirmé que le foyer n'avait pas signalé les personnes résidentes infectieuses à l'unité de soins primaires conformément au protocole. Elle ou il a ajouté que le foyer aurait dû signaler les personnes résidentes présentant des symptômes infectieux au bureau de santé local dès qu'elle ou il en a eu connaissance.

La ou le DSI a reconnu que, conformément à la politique de gestion des épidémies – maladies respiratoires (hors COVID-19) (SLD) du foyer, l'épidémie suspecte aurait dû être déclarée quatre ou neuf jours plus tôt.

L'infirmière-hygiéniste ou l'infirmier-hygiéniste a confirmé que, d'après les informations reçues du foyer, et si les informations avaient été disponibles à la date indiquée sur la liste, une épidémie suspecte aurait été déclarée neuf jours plus tôt, et des mesures de contrôle initiales auraient été mises en place à ce moment-là.

L'examen de la liste et des résultats des prélèvements nasopharyngés des personnes résidentes effectués par le laboratoire de santé publique a révélé que le premier prélèvement positif 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, 4e étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844-231-5702

signalé au foyer quatre jours avant l'apparition de l'épidémie suspecte. Des écouvillons nasopharyngés ont été prélevés sur deux résidentes quatre jours après l'apparition de leurs symptômes; ces deux résidentes étaient positives à la grippe A.

La politique de gestion des éclosions – maladies respiratoires (sauf COVID-19) (SLD) du foyer stipule que des écouvillons nasopharyngés doivent être prélevés sur les personnes résidentes au début de l'évolution des symptômes aigus, dans les 48 heures précédentes.

L'infirmière-hygiéniste ou l'infirmier-hygiéniste a confirmé que le foyer n'avait pas testé les personnes résidentes à l'aide de méthodes de laboratoire dès l'apparition des symptômes.

Le non-respect des politiques du titulaire du permis en matière de signalement, de déclaration d'une épidémie, de tests et de mise en œuvre rapide des mesures de contrôle initiales a accru le risque d'exposition des personnes résidentes à des agents infectieux.

**Sources** : rapport d'incident critique (RIC); plan de préparation aux situations d'urgence de Tony Stacey; politique de gestion des éclosions – maladies respiratoires (sauf COVID-19) (SLD) (n° PolicyStat 16713461, dernière révision en 09-2024); entretien avec la ou le DSI n° 102 et l'infirmière-hygiéniste ou l'infirmier-hygiéniste n° 117. [741724]

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 28 avril 2025.**

**(A1)**

**Le problème de conformité suivant a été modifié : Problème de conformité n° 010**

## **ORDRE DE CONFORMITÉ n° 003 Services d'hébergement**

Problème de conformité n° 010 Ordre de conformité aux termes de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021).

**Non-respect de : la disposition 19 (1) c) de la LRSLD (2021)**

Services d'hébergement

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

c) un programme structuré de services d'entretien.

**L'inspecteur ou l'inspectrice ordonne au titulaire de permis de respecter un ordre de conformité [al. 155 (1) a) de la LRSLD (2021)] :**

1. La ou le gestionnaire des services environnementaux (GSE) ou la personne désignée met au point un outil ou une méthode permettant d'évaluer l'état de toutes les parties du foyer,



**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

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

notamment les couloirs, les chambres des personnes résidentes, les toilettes des personnes résidentes, les salles de douche, les salles à manger et les salles d'activités.

2. Une fois que les éléments nécessitant des services d'entretien sont déterminés, tels que les luminaires, les fenêtres, les murs, les plinthes, les sols, les mains courantes, les plans de travail et le mobilier, le foyer doit :

- Élaborer un plan d'action en classant les éléments identifiés en trois groupes :
  - les éléments qui peuvent être réparés immédiatement;
  - les éléments qui peuvent être réparés dans un délai de 1 à 4 semaines;
  - les éléments dont la réparation nécessite plus de 4 semaines.
- Préciser dans le plan d'action la personne responsable de chaque service d'entretien, la date d'achèvement prévue, la méthode de réparation, l'état d'avancement de la réparation, la date d'achèvement et la manière dont l'élément sera entretenu au fil du temps.
- Une fois le plan d'action terminé, en remettre un exemplaire à l'inspectrice ou l'inspecteur par courriel avant le 28 février 2025.
- S'assurer que le plan ne contient pas de renseignements personnels (RP)/renseignements personnels sur la santé (RPS).

3. Veiller à ce que les gestionnaires du foyer, y compris l'administratrice ou l'administrateur, la directrice ou le directeur des soins infirmiers, la ou le responsable PCI et la ou le GSE, participent activement à l'élaboration et à la mise en œuvre du plan d'action.

4. Procéder à un examen du programme d'entretien préventif pour s'assurer qu'il comprend des vérifications régulières permettant de s'assurer que l'entretien du foyer et son mobilier sont maintenus en bon état. Conserver une trace de l'examen, y compris des participants, de la date de l'examen et de toute modification apportée au programme.

5. Conserver un registre de tous les documents, y compris les devis, les contrats, les enregistrements du programme d'entretien préventif et le plan d'action, et les mettre à la disposition des inspecteurs sur demande.

**Motifs**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les services d'entretien du foyer maintiennent les installations en bon état.

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

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

Lors d'une visite du foyer, il a été constaté que de nombreuses zones du foyer nécessitaient des réparations, notamment les luminaires, les fenêtres, les mains courantes, les planchers inégaux, les dommages aux plinthes et aux murs dans les salles de bain et les chambres des résidentes. Le gestionnaire des services environnementaux (GSE) du foyer a indiqué qu'il était au courant de certaines des zones à réparer et à repeindre, mais qu'il n'était pas en mesure de fournir une date prévue pour l'achèvement des travaux.

**Sources :** observations des zones résidentielles du premier et du deuxième étage; documents Plan de conformité pour exécution de 5 ordres de conformité et planification des mesures de conformité du ministère (rapport d'inspection); politique de maintenance préventive 03-02-03, dont la dernière révision date d'août 2024; entretien avec la ou le GSE.

**Le titulaire du permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 30 mai 2025.**

**Un avis de pénalité administrative est délivré dans le cadre du présent ordre de conformité (APA n° 003).**

### **AVIS DE PÉNALITÉ ADMINISTRATIVE (APA)**

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

#### **Avis de pénalité administrative AMP n° 003**

#### **Relatif à l'ordre de conformité ICO n° 003**

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 1 100,00 \$, 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 émise au titulaire de permis qui ne s'est pas conformé à une exigence, entraînant un ordre de conformité aux termes de l'article 155 de la Loi et pendant les trois ans immédiatement avant la date d'émission de cet ordre aux termes de l'article 155, le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la même exigence.

#### **Historique de la conformité :**

Inspection n° 2024-1498-0001 – ordre de conformité à priorité élevée remis le 24 juin 2024.

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

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

Il s'agit de la première fois qu'un APA est délivré au titulaire de permis en raison du 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 personnes résidentes 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 a utilisé des fonds ne faisant pas partie de l'enveloppe pour les soins aux personnes résidentes afin de payer l'APA.

## **AVIS DE FRAIS DE RÉINSPECTION**

Conformément à l'article 348 du *Règl. de l'Ont. 246/22* de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*, le titulaire de permis est assujéti à des frais de réinspection de 500,00 \$ dans les 30 jours suivant la date de la facture.

Des frais de réinspection s'appliquent car il s'agit, au moins, de la deuxième inspection de suivi visant à déterminer la conformité à l'ordre ou aux ordres de conformité suivants en vertu de l'article 155 de la LRSLD (2021) et/ou de l'article 153 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* (LFSLD).

L'inspection de suivi n° 2 a été effectuée pour un des ordres antérieurs.

Le titulaire de permis ne doit pas payer des frais de réinspection 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 a utilisé des fonds ne faisant pas partie de l'enveloppe pour les soins aux résidents afin de payer les frais de réinspection.

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

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

## **INFORMATIONS POUR UNE RÉVISION/UN 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 à la directrice ou 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 la directrice ou le directeur doit être présentée par écrit et signifiée à la directrice ou 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 la directrice ou 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 commercial à la personne indiquée ci-dessous :

### **Directrice ou directeur**

a/s de la coordonnatrice ou 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)

Si la signification se fait :

- a) par courrier recommandé, elle est réputée être faite le cinquième jour qui suit le jour de l'envoi;
- b) par courriel, elle est réputée être faite le lendemain, si le document a été signifié après 16 heures;

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

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

c) par messagerie commerciale, elle est réputée être faite le deuxième jour ouvrable après le jour où la messagerie commerciale reçoit le document.

Si une copie de la décision de la directrice ou du directeur n'est pas signifiée au titulaire de permis dans les 28 jours suivant la réception de la demande de réexamen présentée par le titulaire de permis, le ou les présents ordres et le présent avis de pénalité administrative sont réputés confirmés par la directrice ou le directeur et, aux fins d'un appel interjeté devant la CARSS, la directrice ou le directeur est réputé avoir signifié au titulaire de permis une copie de ladite décision à l'expiration du délai 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 de la directrice ou du directeur, rendue en vertu de l'article 169 de la Loi, concernant l'ordre de conformité (par. 155) ou l'APA (par. 158) d'une inspectrice ou d'un inspecteur.

La CARSS est un tribunal indépendant qui n'a aucun lien avec le ministère. Il est établi 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 suivants la date à laquelle il a reçu une copie de l'ordre, de l'APA ou de la décision de la directrice ou du directeur qui fait l'objet de l'appel. L'avis d'appel doit être remis à la fois à la CARSS et à la directrice ou au directeur :

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

À l'attention du registrateur  
151, rue Bloor Ouest, 9<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario) M5S 1S4

**Directrice ou directeur**

a/s de la coordonnatrice ou 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)

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

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

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).