

## Rapport public initial

**Date d'émission du rapport :** 30 octobre 2024**Numéro d'inspection :** 2024-1364-0006**Type d'inspection :**

Plainte

Incident critique

Suivi

Titulaire de permis : The Royale Development GP Corporation à titre d'associé commandité de The Royale Development LP

Foyer de soins de longue durée et ville : Granite Ridge Community, Stittsville

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : les 7, 8, 9, 10, 11, 15, 16, 17, 18, 21, 22, 23, 24 et 25 octobre 2024.

L'inspection a eu lieu à l'extérieur du foyer à la date suivante : 10 octobre 2024.

Cette inspection ayant trait à un incident critique (IC) concernait :

le registre n° 00121217/IC n° 2879-000073-24, le registre n° 00121217/IC n° 2879-000073-24, le registre n° 00121898/IC n° 2879-000076-24, le registre n° 00126110/IC n° 2879-000098-24 – ayant trait à une chute, qui a causé un changement important dans l'état de santé nécessitant un transfert à l'hôpital;

le registre n° 00122122/IC n° 2879-000078-24, le registre n° 00122679/IC n° 2879-000079-24, le registre n° 00122952/IC n° 2879-000081-24, le registre n° 00122976/IC n° 2879-000082-24, le registre n° 00125954/IC n° 2879-000097-24, le registre n° 00126935/IC n° 2879-000101-24, le registre n° 00127372/IC n° 2879-000105-24 ayant trait à des allégations de

mauvais traitements;

le registre n° 00122067/IC n° 2879-000077-24 ayant trait à une allégation de négligence dans les soins.

Cette inspection ayant trait à une plainte concernait :

le registre n° 00121835 ayant trait à l'entretien ménager et aux services de buanderie, le registre n° 00129458 ayant trait à des allégations de mauvais traitements, et au foyer sûr et sécuritaire, le registre n° 00123653, le registre n° 00128045 ayant trait à des allégations de négligence et de mauvais traitements.

Cette inspection de suivi concernait :

le registre n° 00118402 – suivi n° 1 – sous-alinéa 93 (2) a) (i) du Règl. de l'Ont. 246/22.

## Ordre(s) de conformité délivré(s) antérieurement

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

L'ordre n° 001 relatif au sous-alinéa 93 (2) a) (i) du Règl. de l'Ont. 246/22, émis dans le cadre de l'inspection n° 2024-1364-0003.

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

- Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
- Prévention et gestion de la peau et des plaies
- Entretien ménager, services de buanderie, et services d'entretien
- Gestion des médicaments
- Prévention et contrôle des infections

Foyer sûr et sécuritaire  
Prévention des mauvais traitements et de la négligence  
Comportements réactifs  
Normes de dotation, de formation et de soins  
Rapports et plaintes  
Prévention et gestion des chutes

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### AVIS ÉCRIT : Programme de soins

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

Non-respect **de l'alinéa** 6 (1) c) de la LRSLD (2021)

Programme de soins

Paragraphe 6 (1). Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soit adopté, pour chaque résident, un programme de soins écrit qui établit ce qui suit :

c) des directives claires à l'égard du personnel et des autres personnes qui fournissent des soins directs au résident.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un programme de soins écrit fût adopté et établît des directives claires à l'égard du personnel et des autres personnes qui fournissaient des soins directs à une personne résidente particulière pour un besoin donné en matière de soins.

Sources : IC n° 2879-000105-24, IC n° 2879-000106-24, observations, dossiers cliniques d'une personne résidente.

## AVIS ÉCRIT : Documentation

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

Non-respect de la disposition 6 (9) 1 de la LRSLD (2021)

Programme de soins

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

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

Pendant plusieurs jours au cours d'un certain mois, le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la documentation concernant certains soins fût remplie pour une personne résidente particulière.

Sources : Examen du dossier et entretiens avec trois membres du personnel déterminés.

## AVIS ÉCRIT : Exigences générales : programmes

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

Non-respect du paragraphe **34 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Exigences générales

Paragraphe 34 (2). Le titulaire de permis veille à ce que les mesures prises à l'égard d'un résident dans le cadre d'un programme, notamment les évaluations, les réévaluations, les interventions et les réactions du résident aux interventions, soient documentées.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la surveillance postérieure à la chute de la personne résidente 010 fût documentée.

Le paragraphe 54 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22 exige que le programme de prévention et de gestion des chutes doive au minimum prévoir des stratégies visant à diminuer les chutes ou à en atténuer les effets, notamment par la surveillance des personnes résidentes, et le réexamen des régimes médicamenteux des personnes résidentes. Le paragraphe 34 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22 exige que le titulaire de permis veille à ce que les mesures prises à l'égard d'une personne résidente dans le cadre d'un programme soient documentées.

Un certain membre du personnel a expliqué qu'après une chute d'une personne résidente, on s'attend à ce que le personnel surveille la personne résidente lors de chaque quart de travail au moyen du formulaire d'évaluation postérieure à la chute une fois par quart de travail pendant 72 heures. Une personne résidente particulière a subi une chute lors d'un quart de travail déterminé. On n'a pas effectué d'évaluation documentée lors du quart de travail en question. En conséquence, il y avait un risque pour la santé de la personne résidente, car le dossier médical était incomplet.

Sources : Dossier médical électronique de la personne résidente, entretien avec deux membres du personnel.

### AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies

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

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

Soins de la peau et des plaies

Paragraphe 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 :

(iv) est réévalué au moins une fois par semaine par une personne autorisée visée au paragraphe (2.1), si cela s'impose sur le plan clinique.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente qui présentait 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 fût réévaluée au moins une fois par semaine par une personne autorisée. On n'a pas effectué d'évaluation hebdomadaire des altérations de la peau d'une personne résidente particulière pendant une semaine donnée pour un endroit déterminé de l'altération de l'intégrité épidermique. On n'a pas effectué d'évaluations hebdomadaires pour un deuxième endroit déterminé de l'altération de l'intégrité épidermique de la personne résidente pendant un mois donné.

Sources : Dossier clinique d'une personne résidente particulière, entretien avec deux membres du personnel déterminés.

### AVIS ÉCRIT : Comportements réactifs

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

Non-respect **de l'alinéa** 58 (4) c) du Règl. de l'Ont. 246/22

Comportements réactifs

Paragraphe 58 (4). Le titulaire de permis veille à ce qui suit pour chaque résident qui affiche des comportements réactifs :

c) des mesures sont prises pour répondre aux besoins du résident, notamment des évaluations, des réévaluations et des interventions, et les réactions du résident aux

interventions sont documentées.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'on remplît des outils de surveillance du comportement lors de chaque quart de travail après la mise en place du protocole en réaction à un nouveau traitement ou à la suite d'un incident critique pour trois personnes résidentes particulières.

1. Deux membres du personnel déterminés ont indiqué que l'on s'attendait à ce que la documentation soit complétée lors de chaque quart de travail pendant la période où le protocole de surveillance du comportement est en place. Lors d'un examen de l'outil intitulé Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario – Système d'observation de la démence (BSO-DOS©) on a constaté qu'il manquait de la documentation pour plusieurs quarts de travail pendant des périodes d'observation déterminées pour une personne résidente particulière.

Sources : Feuilles de travail du Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario – Système d'observation de la démence (BSO-DOS©), gestion des comportements réactifs (*Responsive Behaviours Management*) (politique n° VII-F-10.10, révisée en août 2024), entretiens avec deux membres du personnel déterminés.

2. Deux membres du personnel déterminés ont indiqué que l'on s'attendait à ce que la documentation soit complétée lors de chaque quart de travail pendant la période où le protocole de surveillance du comportement est en place. Lors d'un examen de l'outil intitulé Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario – Système d'observation de la démence (BSO-DOS©) on a constaté qu'il manquait de la documentation pour plusieurs quarts de travail pendant des périodes d'observation déterminées pour une

personne résidente particulière.

Sources : Feuilles de travail du Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario – Système d'observation de la démence (BSO-DOS©), gestion des comportements réactifs (*Responsive Behaviours Management*) (politique n° VII-F-10.10, révisée en août 2024), entretien avec deux membres du personnel déterminés.

3. Deux membres du personnel déterminés ont indiqué que l'on s'attendait à ce que la documentation soit complétée lors de chaque quart de travail pendant la période où le protocole de surveillance du comportement est en place. Lors d'un examen de l'outil intitulé Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario – Système d'observation de la démence (BSO-DOS©) on a constaté qu'il manquait de la documentation pour plusieurs quarts de travail pendant des périodes d'observation déterminées pour une personne résidente particulière.

Sources : Feuilles de travail du Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario – Système d'observation de la démence (BSO-DOS©), gestion des comportements réactifs (*Responsive Behaviours Management*) (politique n° VII-F-10.10, révisée en août 2024), entretiens avec deux membres du personnel déterminés.

## ORDRE DE CONFORMITÉ OC n° 001 – Portes dans le foyer

Problème de conformité n° 006 – Ordre de conformité aux termes de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021).

Non-respect de la disposition **12 (1) 3 du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Portes dans le foyer

Paragraphe 12 (1). Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au respect des règles suivantes :

3. Toutes les portes donnant sur les aires non résidentielles doivent être dotées de verrous pour empêcher leur accès non supervisé par les résidents. Elles doivent être gardées fermées et verrouillées quand elles ne sont pas supervisées par le personnel.

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

A) Sensibiliser tout le personnel dans tous les services, concernant d'une part l'exigence prévue par la loi aux termes de la disposition 12 (1) 3 du Règl. de l'Ont. 246/22 consistant à veiller à ce que toutes les portes donnant sur les aires non résidentielles doivent être gardées fermées et verrouillées quand elles ne sont pas directement supervisées par le personnel, et concernant d'autre part le rôle et les responsabilités officiels de tout le personnel en veillant toujours au respect de cette présente disposition.

B) Tenir à jour un dossier documenté comprenant le contenu de la formation donnée, sa date, le nom et la désignation du personnel qui a reçu la formation, et qui l'a donnée.

C) Élaborer et mettre en œuvre des vérifications quotidiennes pendant deux semaines, y compris pendant les fins de semaine et les jours fériés, pour veiller à ce que les portes donnant sur les aires non résidentielles soient gardées fermées et verrouillées (sauf si elles sont directement supervisées par le personnel). Les vérifications doivent porter sur un échantillon de différents quarts de travail. Les portes donnant sur trois aires non résidentielles précises doivent faire l'objet d'une

vérification.

Après le cycle initial de vérifications de deux semaines, réduire la fréquence des vérifications à une par semaine jusqu'à ce que le ministère des Soins de longue durée estime que le titulaire de permis s'est conformé au présent ordre.

D) Prendre des mesures correctrices immédiates si l'on trouve des portes donnant sur certaines aires non résidentielles, déverrouillées et non directement supervisées par le personnel, et notamment faire un suivi auprès du membre du personnel qui a la responsabilité de verrouiller la ou les portes.

F) Consigner dans un dossier toutes les vérifications et toutes les mesures correctrices prises, en indiquant la date, l'heure, le nom et la signature du membre du personnel qui effectue les vérifications.

#### Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les portes donnant sur les aires non résidentielles soient gardées fermées et verrouillées pour empêcher leur accès par une personne résidente quand ces portes ne sont pas supervisées par le personnel. Une inspectrice du ministère des Soins de longue durée a remarqué que des portes donnant sur certaines aires non résidentielles ont été trouvées déverrouillées et non supervisées directement par le personnel à des dates déterminées.

Lors d'un entretien, un certain membre du personnel a indiqué que des aires particulières dans chaque unité accessible aux personnes résidentes n'étaient pas considérées comme des espaces pour les personnes résidentes, et que la porte aurait dû être fermée et verrouillée quand elle n'était pas utilisée par le personnel. Un examen du dossier d'un incident signalé à une date déterminée concernant une

personne résidente particulière indiquait que celle-ci avait subi une chute sans témoin dans un local de rangement déverrouillé d'une certaine unité accessible aux personnes résidentes. Lors d'un entretien, deux membres du personnel déterminés ont indiqué que le local en question n'était pas considéré comme un espace pour les personnes résidentes, et que la porte aurait dû être fermée et verrouillée.

Sources : Rapport d'incident à une date donnée, entretien avec trois membres du personnel déterminés, observation par une inspectrice du ministère des Soins de longue durée.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 13 décembre 2024.

## ORDRE DE CONFORMITÉ n° 002 – Prévention et gestion des chutes

Problème de conformité n° 007 – Ordre de conformité aux termes de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021).

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

Prévention et gestion des chutes

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

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

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

- A) Donner de la formation à trois membres du personnel particuliers relativement à la politique et marche à suivre n° V11-G-30.10 intitulée prévention et gestion des chutes (*Falls Prevention and Management*) révisée pour la dernière fois en juin 2024.
- B) Tenir à jour un dossier documenté comprenant le contenu de la formation donnée, sa date, le nom et la désignation du personnel qui a reçu la formation, et qui l'a donnée.
- C) Élaborer et mettre en œuvre des vérifications pour toutes les personnes résidentes qui nécessitent que l'on entreprenne et effectue un examen de routine pour traumatisme crânien comme le prévoit la politique et marche à suivre n° V11-G-30.10 intitulée prévention et gestion des chutes (*Falls Prevention and Management*) révisée en juin 2024. Les vérifications doivent être effectuées toutes les semaines jusqu'à ce que le ministère des Soins de longue durée estime que le titulaire de permis s'est conformé au présent ordre.
- D) Donner une formation immédiate aux membres du personnel qui n'ont pas entrepris ni effectué l'examen de routine pour traumatisme crânien, comme le prévoit la politique et marche à suivre n° V11-G-30.10 intitulée prévention et gestion des chutes (*Falls Prevention and Management*) révisée en juin 2024.
- F) Conserver un relevé écrit de toutes les vérifications et de toutes les mesures correctrices prises, en indiquant la date, l'heure, le nom et la signature du membre du personnel qui effectue les vérifications.

## Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de prévention et de gestion des chutes du foyer fût respecté, en particulier il n'a pas veillé à ce qu'un examen de routine pour traumatisme crânien fût effectué pour trois personnes résidentes particulières, après une chute sans témoin.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règlement de l'Ontario 246/22, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que le foyer adopte un programme de prévention et de gestion des chutes qui comporte la surveillance des personnes résidentes et à ce que ce programme doive être respecté.

1) Conformément à la politique et marche à suivre du foyer intitulée prévention et gestion des chutes (*Falls Prevention and Management*), on doit entreprendre un examen de routine pour traumatisme crânien pour toutes les chutes sans témoin. Une personne résidente particulière a subi une chute sans témoin, et l'on n'a entrepris aucun examen de routine pour traumatisme crânien. Ne pas exercer de surveillance pour détecter un changement dans l'état de santé après la chute d'une personne résidente constituait un risque de préjudice pour elle.

Sources : Politique et marche à suivre n° V11-G-30.10 intitulée prévention et gestion des chutes (*Falls Prevention and Management*) révisée pour la dernière fois en juin 2024, dossiers d'une personne résidente particulière, entretien avec trois membres du personnel déterminés.

2) Lors d'un entretien, un certain membre du personnel a déclaré que les infirmières ou les infirmiers sont tenus d'entreprendre un examen de routine pour traumatisme crânien pour toutes les personnes résidentes qui subissent une chute sans témoin ou une chute qui cause un traumatisme crânien. Le membre du personnel en question a indiqué, après un examen des dossiers d'une certaine personne

résidente, qu'il n'était pas en mesure de localiser un document d'examen de routine pour traumatisme crânien pour la chute sans témoin que la personne résidente avait subie à une date déterminée.

Sources : Entretiens avec trois membres du personnel déterminés, politique et marche à suivre n° V11-G-30.10 intitulée prévention et gestion des chutes (*Falls Prevention and Management*) révisée en juin 2024, dossiers d'une personne résidente particulière.

3) L'examen de routine pour traumatisme crânien a été entrepris pour une certaine personne résidente après une chute sans témoin survenue à une date déterminée. Un examen du document intitulé examen de routine pour traumatisme crânien indiquait que les évaluations pour traumatisme crânien n'avaient pas été effectuées aux heures prévues pour la personne résidente.

Sources : Entretiens avec trois membres du personnel déterminés, politique et marche à suivre n° V11-G-30.10 intitulée prévention et gestion des chutes (*Falls Prevention and Management*) révisée en juin 2024, formulaire d'examen de routine pour traumatisme crânien pour la personne résidente.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 13 décembre 2024.

## 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 licence 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

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 d'Ottawa**

347, rue Preston, bureau 410

Ottawa, ON K1S 3J4

Téléphone : 877 779-5559

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)

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;

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 d'Ottawa**

347, rue Preston, bureau 410  
Ottawa, ON K1S 3J4  
Téléphone : 877 779-5559

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

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

<https://www.hsarb.on.ca/>

**Rapport d'inspection prévu par la**

*Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

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

**District d'Ottawa**

347, rue Preston, bureau 410

Ottawa, ON K1S 3J4

Téléphone : 877 779-5559