

## Rapport public

**Date de publication du rapport :** 5 août 2025

**Numéro d'inspection :** 2025-1456-0004

**Type d'inspection :**

Inspection proactive de conformité

**Titulaire de permis :** Almonte General Hospital

**Foyer de soins de longue durée et ville :** Fairview Manor, Almonte

## RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 8, 9, 10, 14, 15, 16, 17, 18, 22, 23 et 24 juillet 2025.

L'inspection a eu lieu à l'extérieur du foyer à la date suivante : 11 juillet 2025.

Les éléments suivants ont été inspectés :

- Le registre n° 00151907 - IPC

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

Alimentation, nutrition et hydratation  
Gestion des médicaments  
Foyer sûr et sécuritaire  
Amélioration de la qualité  
Gestion de la douleur  
Gestion des dispositifs de contention/appareils d'aide personnelle  
Prévention et gestion des soins de la peau et des plaies  
Services de soins et de soutien aux personnes résidentes  
Conseils des résidents et des familles  
Entretien ménager, services de buanderie et services d'entretien

Prévention et contrôle des infections  
Prévention des mauvais traitements et de la négligence  
Normes de dotation, de formation et de soins  
Droits et choix des résidents

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### Non-respect des exigences rectifié

Un **non-respect** a été constaté durant cette inspection, et le titulaire de permis l'a **rectifié** avant la fin de l'inspection. L'inspectrice a estimé que le non-respect satisfaisait au sens du paragraphe 154 (2) et ne nécessitait pas d'autre mesure.

Problème de conformité n° 001 rectifié aux termes du paragraphe 154 (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.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que toutes les portes donnant sur les aires non résidentielles demeurent verrouillées et sécurisées quand elles ne sont pas supervisées par le personnel. Plus précisément, une salle de rangement des articles souillés dans une aire du foyer n'était pas verrouillée et sécurisée bien qu'elle fût dotée d'un clavier numérique.

La porte a été immédiatement réparée par le foyer avant la fin de l'inspection.

Sources : Observations de l'inspectrice, entretien avec une PSSP et la ou le responsable des Services environnementaux.

Date à laquelle la mesure corrective a été mise en œuvre : 9 juillet 2025.

## **AVIS ÉCRIT : Conseils**

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

### **Non-respect du paragraphe 43 (4) de la LRSLD (2021)**

Sondage sur l'expérience des résidents et de leur famille / fournisseur de soins  
Paragraphe 43 (4). Le titulaire de permis demande conseil au conseil des résidents et au conseil des familles, s'il y en a un, pour ce qui est de réaliser le sondage et de donner suite aux résultats qui en découlent.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à demander conseil au conseil des résidents et au conseil des familles, pour ce qui est de réaliser le sondage et de donner suite aux résultats qui en découlent.

Le sondage sur la satisfaction a été envoyé aux personnes résidentes et aux familles à une date déterminée de décembre 2024, sans demander conseil au conseil des résidents et au conseil des familles. La présidente ou le président du conseil des résidents a confirmé que le foyer n'avait pas demandé conseil pour ce qui était de réaliser le sondage ou de donner suite aux résultats qui en découlaient. Également, la présidente ou le président du conseil des familles a indiqué ne pas avoir fourni de conseil pour ce qui était de réaliser le sondage, et ne pas se souvenir

d'avoir fourni des suggestions ou des conseils pour donner suite aux résultats qui en découlaient.

Sources : Sondage sur l'expérience des personnes résidentes et de leur famille / fournisseur de soins, procès-verbaux du conseil des résidents et du conseil des familles, entretiens avec la présidente ou le président du conseil des résidents, la présidente ou le président du conseil des familles, et la directrice ou le directeur des soins infirmiers.

## **AVIS ÉCRIT : Programme de soins - douleur**

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

### **Non-respect de la disposition 29 (3) 10 du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Programme de soins

Paragraphe 29 (3). Le programme de soins doit être fondé au minimum sur l'évaluation interdisciplinaire de ce qui suit au sujet du résident :

10. Son état de santé, notamment les allergies dont il souffre, les douleurs qu'il ressent, les risques de chute qu'il court et ses autres besoins particuliers.

1) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins provisoire d'une personne résidente comportât des stratégies pour gérer sa douleur. Une personne résidente prenait sur une base régulière du Tylenol et de l'hydromorphone pour sa douleur, mais aucune indication ne figurait dans le programme de soins provisoire pour dénoter toute stratégie visant à contribuer à diminuer la douleur.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente, entretien avec la ou le DASI.

2) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins provisoire d'une autre personne résidente comportât des stratégies pour gérer sa douleur. Une personne résidente prenait sur une base régulière du Tylenol pour sa douleur. On lui avait prescrit de l'hydromorphone par injection à une date déterminée de juillet 2025 pour la douleur. Son programme de soins provisoire ne comportait aucune précision concernant la façon de gérer la douleur de la personne résidente.

Sources : Dossiers cliniques d'une personne résidente, et entretien avec la ou le DASI.

## **AVIS ÉCRIT : Évaluations des programmes**

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

### **Non-respect de la disposition 34 (1) 4 du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Exigences générales

Paragraphe 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 :

4. Le titulaire de permis consigne dans un dossier chaque évaluation visée à la disposition 3, notamment la date de l'évaluation, le nom des personnes qui y ont participé, un résumé des modifications apportées et la date à laquelle ces modifications ont été mises en œuvre.

1) Le titulaire de permis n'a pas effectué une évaluation du programme de soins de la peau et des plaies, et ne l'a pas consignée dans un dossier.

Sources : Entretien avec la ou le DSI.

2) Le titulaire de permis n'a pas effectué une évaluation du programme de gestion de la douleur du foyer, et ne l'a pas consignée dans un dossier.

Sources : Entretien avec la ou le DSI.

## **AVIS ÉCRIT : Services infirmiers et services de soutien personnel**

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

### **Non-respect du paragraphe 35 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Services infirmiers et services de soutien personnel

Paragraphe 35 (2). Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à l'établissement d'un plan de dotation en personnel écrit pour les programmes visés aux alinéas (1) a) et b).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à l'établissement d'un plan de dotation en personnel écrit pour les services infirmiers et les services de soutien personnel structurés.

Sources : Plan général de dotation en personnel et politique de planification des horaires du personnel, entretiens avec la coordonnatrice ou le coordonnateur du calendrier, avec la ou le DASI et la ou le DSI.

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

***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

Problème de conformité n° 006 - Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

**Non-respect de la disposition 55 (1) 3 du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Soins de la peau et des plaies

Paragraphe 55 (1). Le programme de soins de la peau et des plaies doit au minimum prévoir ce qui suit :

3. Des stratégies pour le transfert et les changements de position de résidents de façon à réduire et à prévenir les ruptures de l'épiderme et à réduire et à éliminer la pression, notamment grâce à l'utilisation d'équipement, de fournitures, d'appareils et d'aides pour changer de position.

1) Le titulaire de permis n'a pas respecté le programme de soins de la peau et des plaies lorsque le personnel autorisé du foyer n'a pas mis à jour le programme de soins provisoire d'une personne résidente en indiquant les stratégies et les mesures d'intervention visant à cicatriser deux plaies. Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que ses politiques écrites élaborées pour le programme de gestion de la peau et des plaies fussent respectées. Plus précisément, la politique du foyer relative aux soins de la peau et des plaies, intitulée protocole de gestion des soins de la peau et des plaies (*Wound and Skin Care Management Protocol*) indiquait que le personnel autorisé doit veiller à ce que toutes les mesures d'intervention figurent dans le programme de soins provisoire des personnes résidentes.

Sources : Dossier clinique d'une personne résidente, politique du foyer relative aux soins de la peau et des plaies, intitulée protocole de gestion des soins de la peau et des plaies (*Wound and Skin Care Management Protocol*), et entretiens avec la ou le responsable des soins de la peau et des plaies et la ou le DASI.

2) Le titulaire de permis n'a pas respecté le programme de soins de la peau et des plaies lorsque le personnel autorisé du foyer n'a pas mis à jour le programme de soins provisoire d'une deuxième personne résidente en indiquant les stratégies et les mesures d'intervention visant à cicatriser trois plaies. Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que ses politiques écrites élaborées pour le programme de gestion de la peau et des plaies fussent respectées. Plus précisément, la politique du foyer relative aux soins de la peau et des plaies, intitulée protocole de gestion des soins de la peau et des plaies (*Wound and Skin Care Management Protocol*) indiquait que le personnel autorisé doit veiller à ce que toutes les mesures d'intervention figurent dans le programme de soins provisoire des personnes résidentes.

Sources : Dossier clinique d'une personne résidente, politique du foyer intitulée protocole de gestion des soins de la peau et des plaies (*Wound and Skin Care Management Protocol*), et entretiens avec la ou le responsable des soins de la peau et des plaies et la ou le DASI.

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

Problème de conformité n° 007 - Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

### **Non-respect de l'alinéa 55 (2) c) 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 :

c) l'équipement, les fournitures, les appareils et les aides pour changer de position visés au paragraphe (1) sont facilement accessibles au foyer s'ils sont nécessaires pour éliminer la pression, traiter les lésions de pression, les déchirures de la peau ou les plaies et favoriser la guérison.

Le titulaire de permis n'a pas veillé d'une part à ce que les personnes résidentes qui nécessitent de l'équipement, des fournitures, des appareils et des aides pour changer de position pour contribuer à prévenir et à guérir des plaies aient facilement accès à ces articles au foyer, et d'autre part à ne facturer aucun de ces articles aux personnes résidentes. Plus précisément, on a facturé à une personne résidente des fournitures pour des soins de protection de la peau visant à favoriser la guérison, et à la protéger contre une nouvelle déchirure de la peau. On a également facturé à d'autres personnes résidentes des articles tels que des bottillons de protection, comme l'ont indiqué la ou le responsable des soins de la peau et des plaies et l'ergothérapeute (ET).

Sources : Notes d'évolution d'une personne résidente, et entretien avec la ou le responsable des soins de la peau et des plaies, l'ET, et la ou le DASL.

## **AVIS ÉCRIT : Surveillance de la douleur**

Problème de conformité n° 008 - Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

### **Non-respect de la disposition 57 (1) 4 du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Gestion de la douleur

Paragraphe 57 (1). Le programme de gestion de la douleur doit au minimum prévoir ce qui suit :

4. La surveillance des réactions des résidents aux stratégies de gestion de la douleur et de l'efficacité de ces stratégies.

1) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la surveillance de l'efficacité des analgésiques administrés régulièrement à une personne résidente fût documentée. On avait prescrit de l'hydromorphone à une personne résidente à une certaine date

de juillet 2025 et du Tylenol de façon régulière pour la gestion de la douleur eu égard à son statut de patient palliatif et il n'y avait aucune documentation concernant l'efficacité des analgésiques depuis qu'ils étaient prescrits.

Sources : Dossiers cliniques d'une personne résidente, entretien avec une ou un DASI.

2) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la surveillance de l'efficacité des analgésiques administrés à une autre personne résidente fût documentée. On avait prescrit de l'hydromorphone à une personne résidente en février 2025 pour la gestion d'une douleur importante et il n'y avait aucune documentation concernant l'efficacité des analgésiques depuis qu'ils étaient prescrits.

Sources : Dossier clinique de la personne résidente, entretien avec la ou le une ou un DASI.

## **AVIS ÉCRIT : Produits chimiques non sécurisés sur un chariot d'entretien ménager**

Problème de conformité n° 009 - Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD 2021.

### **Non-respect de l'article 97 du Règl. de l'Ont. 246/22**

Substances dangereuses

Article 97. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les substances dangereuses du foyer soient étiquetées de façon appropriée et gardées hors de la portée des résidents en tout temps.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une substance dangereuse, plus précisément un nettoyant pour cuvettes de toilette « Blue Force » fut toujours

gardé hors de la portée des personnes résidentes.

À une date déterminée de juillet 2025, un chariot d'entretien ménager d'une certaine unité était déverrouillé dans le couloir et avait une bouteille de nettoyant pour cuvettes de toilette « Blue Force » à portée des personnes résidentes. Le pictogramme de danger de ce produit chimique indique qu'il peut occasionner des brûlures graves ou des affections oculaires, et recommande l'utilisation d'équipement de protection consistant en gants résistants aux produits chimiques et en protection oculaire.

Sources : Observations de l'inspectrice, entretiens avec une PSSP, une aide-ménagère ou un aide-ménager, et la ou le responsable des services de l'environnement.

## **AVIS ÉCRIT : Comité d'amélioration constante de la qualité**

Problème de conformité n° 010 - Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

### **Non-respect du paragraphe 166 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Comité d'amélioration constante de la qualité

Paragraphe 166 (2). Le comité d'amélioration constante de la qualité se compose d'au moins les personnes suivantes :

1. L'administrateur du foyer.
2. Le directeur des soins infirmiers et des soins personnels du foyer.
3. Le directeur médical du foyer.
4. Tous les responsables désignés du foyer.
5. Le diététiste agréé du foyer.
6. Le fournisseur de services pharmaceutiques du foyer ou, si celui-ci est une

personne morale, un pharmacien qui relève du fournisseur de services pharmaceutiques.

7. Au moins un employé du titulaire du permis qui est un membre du personnel infirmier permanent du foyer.

8. Au moins un employé du titulaire du permis qui a été embauché comme préposé aux services de soutien personnel ou pour fournir de tels services au foyer et qui satisfait aux qualités des préposés aux services de soutien personnel visées à l'article 52.

9. Un membre du conseil des résidents.

10. Un membre du conseil des familles, s'il y en a un.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un membre du conseil des résidents et un membre du conseil des familles fissent partie du comité d'amélioration constante de la qualité (ACQ).

La directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI) a indiqué, lors d'un échange de vues à une date déterminée de juillet 2025, qu'un membre du conseil des résidents et un membre du conseil des familles ne faisaient pas partie du comité d'amélioration constante de la qualité (ACQ) du foyer, car le comité est actuellement rattaché à l'hôpital. Lors d'un entretien, la présidente ou le président du conseil des résidents a également confirmé ne pas faire partie du comité d'amélioration constante de la qualité.

Sources : Entretiens avec la directrice ou le directeur des soins infirmiers et la présidente ou le président du conseil des résidents.

## **AVIS ÉCRIT : Rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité**

Problème de conformité n° 011 - Avis écrit de non-conformité aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD 2021.

**Non-respect de la disposition 168 (2) 1 du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Rapport sur l'amélioration constante de la qualité

Paragraphe 168 (2). Le rapport exigé au paragraphe (1) doit comprendre les renseignements suivants :

1. Le nom et le poste du responsable désigné pour l'initiative d'amélioration constante de la qualité.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le nom et le poste de la ou du responsable désigné pour l'initiative d'amélioration constante de la qualité (ACQ) pour le foyer fussent inclus dans le rapport 2024-2025 sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité (ACQ) affiché sur le site Web public du foyer.

Sources : Rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité (ACQ) du Fairview Manor affiché sur le site Web public du foyer.

## **AVIS ÉCRIT : Rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité**

Problème de conformité n° 012 - Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD 2021.

**Non-respect de la sous-disposition 168 (2) 5. iii. du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité

Paragraphe 168 (2). Le rapport exigé au paragraphe (1) doit comprendre les renseignements suivants :

5. Un relevé écrit de ce qui suit :

iii. la manière et les dates auxquelles les résultats du sondage effectué pendant

l'exercice en vertu de l'article 43 de la Loi ont été communiqués aux résidents et à leur famille, au conseil des résidents, au conseil des familles, s'il y en a un, et aux membres du personnel du foyer.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le rapport 2024-2025 sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité (ACQ) affiché sur son site Web public comprenne les dates et la manière dont les résultats de son sondage sur l'expérience des personnes résidentes et de leur famille / fournisseur de soins, effectué pendant l'année financière 2024, furent communiqués aux personnes résidentes et à leurs familles, au conseil des résidents, au conseil des familles et aux membres du personnel du foyer.

Sources : Rapport 2024-2025 sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité (ACQ) du Fairview Manor affiché sur le site Web public du foyer.

## **AVIS ÉCRIT : Rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité**

Problème de conformité n° 013 - Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD 2021.

### **Non-respect de la sous-disposition 168 (2) 6. i. du Règl. de l'Ont. 246/22**

Rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité

Paragraphe 168 (2). Le rapport exigé au paragraphe (1) doit comprendre les renseignements suivants :

6. Un relevé écrit de ce qui suit :

i. les mesures prises pour améliorer le foyer de soins de longue durée et les soins, services, programmes et biens qui y sont fournis, compte tenu des résultats documentés du sondage effectué pendant l'exercice en vertu de l'alinéa 43 (5) b) de

la Loi, les dates auxquelles ces mesures ont été mises en œuvre et le résultat de ces mesures.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les résultats des mesures prises pour améliorer le foyer de soins de longue durée et les soins, services, programmes et biens qui y sont fournis, compte tenu des résultats documentés du sondage sur l'expérience des personnes résidentes et de leur famille / fournisseur de soins fussent inclus dans le rapport du foyer 2024-2025 sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité (ACQ).

**Sources :** Rapport 2024-2025 sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité (ACQ) du Fairview Manor affiché sur le site Web foyer.

## **AVIS ÉCRIT : Rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité**

Problème de conformité n° 014 - Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD 2021.

### **Non-respect du paragraphe 168 (3) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité

Paragraphe 168 (3). Le titulaire de permis veille à ce qu'une copie du rapport soit remise au conseil des résidents et au conseil des familles, s'il y en a un.

Le titulaire de permis n'a pas fourni une copie du rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité (ACQ) pour l'année financière 2024.

Sources : Procès-verbaux des réunions du conseil des résidents et du conseil des familles, et entretiens avec la présente ou le président du conseil des résidents et la présidente ou le président du conseil des familles.

## **ORDRE DE CONFORMITÉ n° 001 Appareil d'aide personnelle restreignant ou empêchant la liberté de mouvement**

Problème de conformité n° 015 - ordre de conformité aux termes de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD 2021.

### **Non-respect du paragraphe 36 (4) de la LRSLD (2021)**

Appareil d'aide personnelle restreignant ou empêchant la liberté de mouvement

Paragraphe 36 (4). L'utilisation d'un appareil d'aide personnelle en application du paragraphe (3) pour aider un résident relativement à une activité courante de la vie ne peut être prévue dans son programme de soins que s'il est satisfait aux conditions suivantes :

1. Des solutions de rechange à l'utilisation d'un tel appareil ont été prises en considération, et essayées si cela était approprié, mais elles ne permettraient pas, ou n'ont pas permis, d'aider le résident relativement à une activité courante de la vie.
2. L'utilisation de l'appareil est raisonnable, compte tenu de l'état physique et mental du résident et de ses antécédents, et l'appareil est le moins restrictif parmi les appareils raisonnables de ce genre qui permettraient d'aider le résident relativement à une activité courante de la vie.
3. L'utilisation de l'appareil a été approuvée par l'une des personnes suivantes :
  - i. un médecin,
  - ii. une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé,
  - iii. une infirmière auxiliaire autorisée ou un infirmier auxiliaire autorisé,
  - iv. un membre de l'Ordre des ergothérapeutes de l'Ontario,
  - v. un membre de l'Ordre des physiothérapeutes de l'Ontario,
  - vi. toute autre personne que prévoient les règlements.
4. Le résident a consenti à l'utilisation de l'appareil ou, s'il est incapable, un

mandataire spécial du résident qui est habilité à donner ce consentement a consenti à l'utilisation de cet appareil.

5. Le programme de soins prévoit tout ce qui est exigé conformément au paragraphe (5).

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

1. Dans les sept jours qui suivent la réception du présent ordre de conformité, l'administratrice ou l'administrateur ou bien une ou un responsable désigné effectue une vérification visuelle de toutes les personnes résidentes hébergées au foyer pour déterminer lesquelles ont des appareils d'aide personnelle en place, en particulier des côtés de lit.

Après avoir effectué la vérification des appareils d'aide personnelle, l'administratrice ou l'administrateur ou bien la ou le responsable désigné veille à ce que toutes les personnes résidentes hébergées au foyer, qui ont des appareils d'aide personnelle en place, satisfassent aux exigences prévues par la loi. Plus précisément, le foyer fait ce qui suit :

– Documenter dans les notes d'évolution du dossier et dans le programme de soins provisoire de chaque personne résidente les solutions de rechange qui ont été prises en considération et essayées, en indiquant en détail le résultat de l'efficacité et la justification de l'utilisation de l'appareil d'aide personnelle, notamment des côtés de lit, au besoin. La prise en considération, l'essai et le résultat devraient avoir lieu et faire l'objet d'échanges de vues à l'échelon interdisciplinaire, avec participation de la personne résidente ou bien de sa mandataire spéciale ou de son mandataire spécial.

- Élaborer un processus officiel d'approbation de l'utilisation d'un appareil d'aide personnelle. Le processus indiquera qui est responsable, qui donnera l'approbation, la manière dont l'approbation sera obtenue, où elle sera documentée et conservée, et qui sera avisé de l'approbation et de quelle manière.
  - Obtenir le consentement de la personne résidente ou bien de la ou du MS à l'utilisation de tous les appareils d'aide personnelle du foyer.
  - Mettre à jour le programme de soins provisoire de chaque personne résidente concernant l'utilisation des appareils d'aide personnelle, en particulier des côtés de lit, notamment le type suivant d'appareil d'aide personnelle , , utilisé pour appuyer quelle activité précise de la vie quotidienne, et quand il devrait être utilisé (moment de la journée, durée, etc.), à quelle fréquence il devrait faire l'objet d'une surveillance et tout autre principe directeur d'utilisation de l'appareil d'aide personnelle.
2. L'administratrice ou l'administrateur ou bien la ou le responsable désigné élabore et met en œuvre un processus pour évaluer la personne résidente concernant l'utilisation de l'appareil d'aide personnelle, au minimum, avec tout changement de l'état de la personne qui donne lieu au dégagement de l'appareil d'aide personnelle, dès qu'il n'est plus requis pour fournir de l'aide pour les activités courantes de la vie.
3. L'administratrice ou l'administrateur ou bien la ou le responsable désigné donne de la formation à tous les membres du personnel autorisé, IAA et IA, portant sur l'utilisation des appareils d'aide personnelle, notamment les côtés de lit, et sur les exigences qui doivent figurer dans le programme de soins des personnes résidentes afin que l'on puisse les utiliser.
4. Le titulaire de permis doit envoyer un courriel à l'inspectrice et à son supérieur hiérarchique d'ici le 12 septembre 2025, en fournissant une mise à jour détaillée des progrès qu'il a accomplis pour se conformer au présent ordre.

5. Conserver des documents écrits concernant les points un à quatre jusqu'à ce que le ministère des Soins de longue durée estime que le titulaire de permis s'est conformé au présent ordre.

### **Motifs**

Le titulaire de permis, lorsqu'un appareil d'aide personnelle est utilisé pour aider une personne résidente dans une activité courante de la vie quotidienne, n'a pas veillé à ce qui suit : des solutions de rechange à l'utilisation d'un tel appareil ont été prises en compte, l'utilisation de l'appareil est approuvée par un membre d'une profession de la santé réglementée du foyer, et on a obtenu le consentement de la personne résidente ou bien de la mandataire ou du mandataire spécial (SM).

Plus précisément, à une certaine date de juillet 2025, des observations effectuées par l'inspectrice ont montré que toutes les personnes résidentes du foyer avaient des côtés de lit dont la directrice adjointe ou le directeur adjoint des soins infirmiers (DASI) a indiqué qu'ils étaient utilisés par les personnes résidentes comme appareil d'aide personnelle.

Ce même jour, après examen des dossiers médicaux de deux personnes résidentes, l'inspectrice a constaté qu'aucune liste de vérification des solutions de rechange aux appareils d'aide personnelle n'était remplie en application de la politique du foyer intitulée politique VII. F-10.9 relative aux appareils d'aide personnelle (*PASD Policy VII F-10.9*), révisée en mai 2024. Le dossier médical d'une personne résidente ne comportait aucun consentement pour l'utilisation des côtés de lit comme appareil d'aide personnelle. Également, l'inspectrice a examiné plusieurs autres dossiers, en présence de la ou du DASI, et ils ne comportaient pas de documents indiquant clairement qui avait approuvé que l'on commence à utiliser

les côtés de lit comme appareil d'aide personnelle pour aider les personnes résidentes, et pour quel élément de leurs activités de la vie quotidienne.

Un examen plus approfondi du programme de soins écrit d'une personne résidente mentionne l'utilisation de côtés de lit comme appareil d'aide personnelle pour la mobilité au lit, et cependant l'ordre écrit indique que la personne résidente utilise les côtés de lit pour l'aider à changer de position quand elle est au lit. Lors d'un entretien effectué à une certaine date de juillet 2025, une PSSP a indiqué que la personne résidente ne peut pas participer à la mobilité au lit, que les côtés de lit ne servent pas à changer de position, et qu'ils sont utilisés aux fins de sécurité. Lors d'un autre entretien à une date déterminée de juillet 2025, une ou un IAA a indiqué que les côtés de lit servaient d'appareil d'aide personnelle pour aider la personne résidente à changer de position afin de l'empêcher de tomber du lit.

Un entretien a également eu lieu à une date déterminée de juillet 2025 avec une ou un autre IAA qui a indiqué que la plupart des personnes résidentes d'une certaine unité utilisaient des côtés de lit, et qu'aucune évaluation ou consultation, ni aucun consentement n'étaient requis pour leur utilisation, parce qu'il ne s'agit pas de dispositifs de contention.

Sources : Dossiers médicaux des personnes résidentes, politique VII. F-10.9 relative aux appareils d'aide personnelle (*PASD Policy VII F-10.9*), révisée en mai 2024, et entretiens avec une PSSP, des IAA et la ou le DASI.

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

31 octobre 2025

**ORDRE DE CONFORMITÉ N° 002 – Côtés de lit**

Problème de conformité n° O16 – ordre de conformité aux termes de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021).

**Non-respect du paragraphe 18 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Côtés de lit

Paragraphe 18 (1). Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que, si des côtés de lit sont utilisés, les critères suivants soient respectés :

- a) le résident est évalué et son lit est évalué conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises, afin de réduire au minimum les risques que le lit pose pour le résident;
- b) des mesures sont prises pour empêcher que le résident soit coincé, compte tenu de toutes les possibilités de coincement existantes;
- c) les autres questions de sécurité découlant de l'utilisation de côtés de lit, notamment la hauteur et la fiabilité du taquet de sécurité, sont abordées.

**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 titulaire de permis élabore et met en œuvre un programme visant à veiller, si des côtés de lit sont utilisés, à ce que la personne résidente soit évaluée conformément aux pratiques couramment admises énoncées dans le document suivant : *Clinical Guidance for the Assessment and Implementation of Bed Rails in Hospitals, Long Term Care Facilities and Home Care Settings, April 2003* (document intitulé *Clinical Guidance*). Le programme doit englober tous les éléments du document intitulé *Clinical Guidance*, notamment les principes directeurs, les considérations générales, les considérations relatives aux processus ou aux marches à suivre, aux interventions en matière de risque, etc.

a) Dans les sept jours suivant la réception du présent ordre de conformité, les membres de l'équipe interdisciplinaire doivent être désignés dans les formes prescrites et recevoir une formation initiale portant sur le document intitulé *Clinical Guidance*, ainsi que sur leurs rôles et responsabilités en qualité de membre de l'équipe.

b) Toutes les personnes résidentes actuellement au foyer qui utilisent des côtés de lit doivent être évaluées dans les formes prescrites. Les décisions de poursuivre ou de cesser l'utilisation des côtés de lit doivent être prises par la ou les équipes interdisciplinaires en se fondant sur les évaluations et sur l'appréciation du risque relatif de l'utilisation des côtés de lit comparée à leur non-utilisation pour une personne résidente. La prise en compte du risque comprend le risque de blessure ou de décès en lien avec les zones de piégeage sur le lit de la personne résidente. La documentation doit inclure l'évaluation du rapport entre les risques et les avantages et toutes les autres exigences figurant dans le document intitulé *Clinical Guidance*.

c) Toutes les nouvelles personnes résidentes doivent être évaluées au moment de leur admission, conformément au nouveau programme.

2. Le titulaire de permis élabore et met en œuvre un programme visant à veiller, si des côtés de lit sont utilisés, à ce que le lit de la personne résidente soit évalué conformément aux pratiques couramment admises énoncées dans le document suivant : *Ligne directrice – Les lits d'hôpitaux pour adultes : Risque de piégeage des patients, fiabilité du verrouillage des côtés de lit et autres risques, 2008* (la Ligne directrice). Le programme doit notamment inclure :

a) Une évaluation de tous les lits qui ont des côtés de lit, conformément à la Ligne directrice dans les dix-huit jours ouvrables suivant la réception du présent ordre de

conformité. Si une zone de piégeage échoue au test prescrit, on doit prendre des mesures immédiates pour éliminer le risque détecté, en collaboration avec l'équipe, mentionnée dans la partie 1 du présent ordre.

b) Le personnel chargé d'effectuer les évaluations des lits doit recevoir de la formation et un soutien continu. On doit vérifier sa compétence pour veiller à ce que les évaluations soient effectuées conformément à la Ligne directrice, notamment en ce qui concerne l'utilisation correcte de l'outil d'évaluation et une documentation rigoureuse des résultats.

c) Lorsque l'on utilise des matelas qui font l'objet d'exclusions pour les essais aux termes de la Ligne directrice (p. ex., certains types de matelas d'air), on doit mettre en œuvre d'autres mesures pour prévenir le piégeage des personnes résidentes. L'équipe mentionnée au point 1 du présent ordre doit évaluer et documenter son estimation que les bienfaits thérapeutiques de l'utilisation du matelas l'emportent sur le risque de piégeage afférent. Il convient de remarquer qu'une mention « réussite » pour les zones de piégeage d'un lit doté d'un tel matelas n'est pas acceptable sans que l'on prenne d'autres mesures.

d) Élaborer et tenir à jour d'ici le 2 septembre 2025 un inventaire de tous les lits dotés de côtés de lit à compter de la date de réception du présent ordre. Les documents doivent inclure de l'information sur l'évaluation et les résultats, comme des renseignements identificatoires pour la plateforme du lit, le matelas, le type de côté de lit, la position des côtés de lit (p. ex. en faisant pivoter le côté de lit en position haute ou basse), l'état du côté de lit avec mesure correctrice au besoin, l'essai de la zone de piégeage et les résultats. Toutes les composantes du lit doivent être traçables. Les renseignements concernant la compatibilité du matelas doivent être indiqués sur le lit de façon claire et permanente.

e) Réévaluer les lits à intervalles réguliers par exemple chaque année pour tenir compte des effets du vieillissement des composantes (p. ex., un matelas ramolli peut provoquer un échec d'essai de la zone 3) et chaque fois que l'on crée un nouveau lit en raison de modifications ou de remplacements de composantes, notamment les matelas, les cadres de lit ou les côtés de lit.

3. Donner de la formation à tout le personnel infirmier sur le nouveau programme de sécurité des lits, et notamment sur ce qui suit : orientation sur les zones de piégeage détectées sur un lit, et prise en compte des différents types de côtés de lit utilisés dans tout le foyer (p. ex., côtés de lit rotatifs pouvant être utilisés en position haute ou basse, zones de piégeage qui diffèrent en conséquence), parties essentielles du corps présentant un risque de piégeage, méthodes d'essai des zones de piégeage en général, évaluation des personnes résidentes susceptibles de piégeage dans le lit en général.

4. Documenter et consigner dans un dossier la formation donnée, notamment les sujets traités, le nom des personnes qui y ont assisté, la date de la formation et qui l'a donnée.

5. Le titulaire de permis doit envoyer un courriel à l'inspectrice et à son supérieur hiérarchique d'ici le 12 septembre 2025, en fournissant une mise à jour détaillée des progrès qu'il a accomplis pour se conformer au présent ordre.

6. Conserver des documents écrits concernant les points un à cinq jusqu'à ce que le ministère des Soins de longue durée estime que le titulaire de permis s'est conformé au présent ordre.

## **Motifs**

Le titulaire de permis n'a pas veillé, lorsque des côtés de lit sont utilisés, à ce que la personne résidente soit évaluée et son lit évalué, conformément aux pratiques couramment admises.

La Directive du ministère des Soins de longue durée sous forme de note de service de 2023 intitulée « Directive d'orientation du ministère des Soins de longue durée : Utilisation des côtés de lit dans les établissements de soins de longue durée, mise à jour d'août 2023 » (*Ministry of Long-Term Care Guidance Document: Use of Bed Rails in Long-Term Care Settings, updated August 2023*) indiquait les documents de pratiques couramment admises applicables à l'utilisation des côtés de lit. Au cours de l'inspection, l'inspectrice a déterminé que l'utilisation des côtés de lit n'était pas conforme aux documents indiqués de pratiques couramment admises.

Plus précisément, à une date déterminée de juillet 2025, l'inspectrice et la directrice adjointe ou le directeur adjoint des soins infirmiers (DASI) ont observé chaque lit du foyer et constaté que tous les lits avaient des côtés de lit, y compris deux lits vacants. Au cours de cette observation, on a constaté que cinq différents styles de côtés de lits étaient utilisés.

La politique du foyer intitulée côtés de lits et matelas, soins aux personnes résidentes VII-G-10.34, révisée pour la dernière fois en juin 2014 (*Bed rails & Pads, Resident Care-VII-G-10.34, last reviewed June 2014*) n'était pas harmonisée avec les pratiques couramment admises, ou avec les exigences relatives à l'utilisation des côtés de lit.

Un entretien le même jour avec la ou le DASI a révélé que les personnes résidentes n'avaient pas été évaluées, et que l'on n'avait pas effectué de vérification relative au piégeage sur ces lits. La directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI) a également confirmé lors d'un entretien effectué à une date déterminée de juillet 2025 que l'on n'avait pas effectué d'évaluations des lits pour les lits dotés de

côtés de lit.

Sources : Observations, politique intitulée côtés de lits et matelas, soins aux personnes résidentes VII-G-10.34 (*Bed rails & Pads, Resident Care-VII-G-10.34, last reviewed June 2014*), Directive d'orientation du ministère des Soins de longue durée : Utilisation des côtés de lit dans les établissements de soins de longue durée, mise à jour d'août 2023, et entretiens avec la directrice adjointe ou le directeur adjoint des soins infirmiers (DASI) et la directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI).

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

31 octobre 2025

## **ORDRE DE CONFORMITÉ n° 003 Programmes obligatoires**

Problème de conformité n° 017 – ordre de conformité aux termes de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021).

**Non-respect de la disposition 53 (1) 4 du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Programmes obligatoires

Paragraphe 53 (1). Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soient élaborés et mis en œuvre au foyer les programmes interdisciplinaires suivants :

4. Un programme de gestion de la douleur visant à déceler la douleur chez les résidents et à la gérer. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 53 (1); Règl. de l'Ont. 66/23, art. 10.

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

A) Mettre en œuvre la politique du programme de gestion de la douleur.

B) Donner une formation à tout le personnel autorisé, infirmières ou infirmiers auxiliaires autorisés (IAA) et infirmières ou infirmiers autorisés (IA), sur la politique de gestion de la douleur en veillant à ce que la formation porte sur la documentation des niveaux de douleur et sur l'efficacité des analgésiques donnés et les évaluations de la douleur.

C) Effectuer des vérifications hebdomadaires sur deux personnes résidentes prises au hasard qui reçoivent des médicaments pour la gestion de la douleur et veiller à ce que l'on consigne les niveaux de douleur, l'efficacité des analgésiques et les évaluations. Effectuer des vérifications jusqu'à ce que l'on fasse la preuve du respect systématique du programme de gestion de la douleur.

D) Prendre des mesures correctrices pour remédier au non-respect du personnel en matière de gestion de la douleur au moment de la vérification et les documenter.

E) Veiller à ce que les stratégies et les mesures d'intervention en matière de gestion de la douleur soient ajoutées au programme de soins de toutes les personnes résidentes qui reçoivent des analgésiques pour gérer leur douleur.

F) Conserver des documents écrits des points A, B, C, D et E, indiquant notamment la date d'entrée en vigueur de la politique, la date à laquelle la formation a été donnée et par qui, jusqu'à ce que le ministère des Soins de longue durée estime que le titulaire de permis se soit conformé au présent ordre.

## Motifs

Le titulaire de permis n'a pas mis en œuvre au foyer son programme de gestion de la douleur mis à jour.

Lors d'un examen du dossier clinique d'une personne résidente, l'inspectrice a constaté que l'on n'avait jamais complété d'évaluations documentées de la douleur depuis l'admission de la personne résidente au foyer en avril 2024. Son registre électronique d'administration des médicaments (RAME) indiquait qu'elle prenait deux types d'analgésiques, à savoir du Tylenol 325 mg et de l'hydromorphone 0,5 mg. Il n'y avait aucune indication de la raison pour laquelle la personne résidente recevait ces médicaments. Elle avait un score de sédation palliative continue (SPC) de 4, ce qui indiquait une déficience cognitive, et par conséquent elle pouvait ne pas être capable de dire si elle souffrait ou pas. Un examen plus approfondi du registre électronique d'administration des médicaments (RAME) de la personne résidente n'indiquait pas son niveau de douleur avant l'administration des analgésiques susmentionnés, et leur efficacité n'était pas documentée. Le programme de soins provisoire de la personne résidente ne comportait aucune mention qu'elle avait une douleur qui constituait une préoccupation essentielle, et aucune stratégie ou mesure d'intervention pour soulager la douleur à l'aide de méthodes alternatives ou d'analgésiques n'y figurait.

Lors d'un examen de la politique du foyer relative au programme de gestion de la douleur intitulée *gestion de la douleur et des symptômes (Pain and Symptom Management)* mise à jour pour la dernière fois en avril 2025, on constatait qu'elle indiquait que les personnes résidentes doivent être évaluées concernant la douleur, lors de leur admission, tous les trimestres et au besoin, et ce pour toute personne résidente qui éprouve de la douleur, et l'on doit utiliser l'outil d'évaluation approprié dans l'application PointClickCare. La politique indiquait en outre que l'on doit documenter l'efficacité des analgésiques dans PointClickCare, et inclure dans le programme de soins les mesures d'intervention liées à la douleur évaluée et à la

gestion des symptômes.

Lors d'un entretien à une date et à une heure déterminées de juillet 2025, la ou le DASI a confirmé que l'on avait récemment mis à jour la politique relative au programme de gestion de la douleur, mais qu'elle n'avait pas encore été mise en œuvre, et qu'une évaluation de la douleur approuvée sur le plan clinique, comme PAINAD, était utilisée pour évaluer la douleur. La ou le DASI a également confirmé que le personnel autorisé doit documenter dans le programme de soins provisoire des personnes résidentes l'efficacité de l'analgésique administré et les mesures d'intervention, et que le programme de soins provisoire devrait mentionner la douleur comme préoccupation essentielle.

Lors d'un entretien à une date et à une heure déterminées de juillet 2025, la ou le DSI a confirmé que la politique relative au programme de gestion de la douleur avait été mise à jour, mais qu'elle n'avait pas encore été mise en œuvre.

Sources : Dossier clinique d'une personne résidente, politique du foyer relative au programme de gestion de la douleur intitulée gestion de la douleur et des symptômes (*Pain and Symptom Management*), entretiens avec la ou le DASI et la ou le DSI.

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

31 octobre 2025.

## 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.

***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

**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)

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.

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

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/>