

**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 de Toronto**  
5700, rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario) M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

## Rapport public initial

|                                                                                        |                                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Date d'émission du rapport :</b> 14 juin 2024                                       |                                                                                 |
| <b>Numéro d'inspection :</b> 2024-1054-0003                                            |                                                                                 |
| <b>Type d'inspection :</b><br>Plainte<br>Incident grave<br>Suivi                       |                                                                                 |
| <b>Titulaire de permis :</b> Extendicare (Canada) Inc.                                 |                                                                                 |
| <b>Foyer de soins de longue durée et ville :</b> Extendicare Guildwood,<br>Scarborough |                                                                                 |
| <b>Inspectrice principale/Inspecteur principal</b><br>Ramesh Purushothaman (741150)    | <b>Signature numérique de l'inspectrice/Signature numérique de l'inspecteur</b> |
| <b>Autres inspectrices ou inspecteurs</b><br>Reji Sivamangalam (739633)                |                                                                                 |

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 9, 10, 13 au 17, 21 au 23 mai 2024.

Les éléments suivants du rapport d'incidents critiques ont fait l'objet d'une inspection :

- Plainte n° 00105580/ Incident critique (IC) n° 2164 -000001-24, n° 00112541/ IC n° 2164-000013-24 relatives à de mauvais traitements d'une personne résidente entraînant des blessures.
- Plainte n° 00109114/ Incident critique (IC) n° 2164 -000007-24, n° 00109511/ IC n° 2164-000008-24 relatives à la négligence d'une personne résidente.
- Plainte n° 00112358/ IC n° 2164-000011-24 relative à la chute d'une personne résidente entraînant des blessures.
- Plaintes n° 00107597/IC n° 2164-000005-24, n° 00112641/IC n° 2164-000014-24, n° 00114508/IC n° 2744-000008-24/2164-000015-24 relatives à la propagation d'une maladie.

**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 de Toronto**

5700, rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario) M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

Le suivi de l'ordre de conformité pour plainte suivant a fait l'objet d'une inspection :

- Plainte n° 00107923 - ordre de conformité n° 001-24 relativement à la prévention au contrôle des infections.

Les plaintes suivantes ont fait l'objet d'une inspection :

- Plainte n° 00114256 était une plainte relative à des soins inadéquats de personnes résidentes par le personnel.
- Plainte n° 00116375 était une plainte relative à des transferts et un positionnement inadéquats entraînant une blessure pour une personne résidente.

## Ordres de conformité délivrés antérieurement

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

Ordre n° 001 de l'inspection n° 2024-1054-0001 relative à la disposition 102(8) du Règl. de l'Ont. 246/22 effectuée par Ramesh Purushothaman (741150)

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)  
Prévention et contrôle des infections (Infection Prevention and Control)  
Prévention des mauvais traitements et de la négligence (Prevention of Abuse and Neglect)  
Comportements réactifs (Responsive Behaviours)  
Prévention et gestion des chutes (Falls Prevention and Management)

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### AVIS ÉCRIT : PROGRAMME DE SOINS

Problème de conformité n°001 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 de Toronto**

5700, rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario) M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

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

Programme de soins

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne résidente reçoive un type précis d'aide de soins, comme le précise son programme de soins.

**Justification et résumé**

Le programme de soins d'une personne résidente exigeait que celle-ci reçoive un type d'aide précis pour ses soins.

La personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) et la directrice des soins infirmiers (DSI) ont reconnu que la personne résidente n'avait pas reçu le type d'aide de soins requis à certaines dates comme le précise le programme de soins.

Le défaut de fournir l'aide de soins requise a augmenté le risque de la personne résidente de subir une blessure et a affecté la qualité de ses soins.

**Sources** : programme de soins écrit de la personne résidente, entretiens avec le PSSP et la DSI.

[739633]

**AVIS ÉCRIT : PROGRAMME DE SOINS**

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

**Non-respect de la disposition 6 (10) (c) de la LRSLD (2021)**

Programme de soins

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

c) les soins prévus dans le programme se sont révélés inefficaces.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins de la personne résidente soit réévalué lorsqu'un produit utilisé 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 de Toronto  
5700, rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario) M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

la prévention des chute s'est révélé inefficace.

### Justificatif et résumé

Le programme de soins d'une personne résidente indiquait que celle-ci avait besoin d'une intervention pour sa stratégie de prévention et de gestion des chutes. Des personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP) ont affirmé qu'elles ne pouvaient pas appliquer l'intervention parce que la personne résidente refusait de l'utiliser.

La DSI a reconnu que le programme de soins de la personne résidente n'avait pas été réévalué lorsque l'intervention n'a pas été utilisée pour la prévention et la gestion des chutes.

La personne résidente était à risque d'avoir en place des interventions inefficaces lorsque le programme de soins n'a pas été réévalué.

**Sources** : programme de soins écrit de la personne résidente,  
entretiens avec le PSSP et la DSI.  
[739633]

## AVIS ÉCRIT : COMPORTEMENTS RÉACTIFS

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 58 (1) 4 du Règl. de l'Ont. 246/22

Comportements réactifs

Par. 58 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à l'élaboration de ce qui suit pour répondre aux besoins des personnes résidentes qui affichent des comportements réactifs :

4. Des protocoles permettant de diriger les personnes résidentes vers des ressources spécialisées au besoin.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le protocole pour l'aiguillage d'une personne résidente vers des ressources spécialisées soit respecté pour satisfaire les besoins la personne résidente présentant des comportements réactifs.

Conformément à la disposition 11 (1) (b) du Règlement de l'Ontario (Règl. de l'Ont.) 246/22, le titulaire de permis doit s'assurer qu'il

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District de Toronto**

5700, rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario) M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

existe des protocoles pour l'aiguillage des personnes résidentes vers des ressources spécialisées lorsqu'elles sont requises pour satisfaire les besoins des personnes résidentes affichant des comportements réactifs et que ces protocoles sont respectés.

Plus précisément, le foyer n'a pas respecté la politique « Comportements réactifs » RC-17-01-04, dernière révision : mars 2023, qui orientait l'infirmière vers l'aiguillage d'une personne résidente vers une ressource spécialisée pour une évaluation plus approfondie et une intervention de planification des soins si une personne résidente ne répond pas aux interventions, pharmacologiques ou non, mises en œuvre par le foyer.

**Justification et résumé**

Une personne résidente a été admise au foyer et présentait des comportements réactifs face aux soins.

Le personnel a confirmé que la personne résidente avait fait preuve de comportements réactifs continus envers le personnel depuis son admission, malgré diverses interventions pharmacologiques et non pharmacologiques.

Selon la politique du foyer « Comportements réactifs », les infirmières sont orientées afin d'aiguiller une personne résidente vers une ressource spécialisée pour une évaluation plus approfondie et la planification des soins si la personne résidente ne répond pas aux interventions, pharmacologiques ou non, mises en œuvre par le foyer.

Les infirmières autorisées (IA) ont confirmé qu'aucun aiguillage spécialisé n'a été trouvé dans la planification de la personne résidente.

La DSI a reconnu que le foyer avait omis d'aiguiller la personne résidente vers les ressources spécialisées pour une évaluation plus approfondie et la gestion des comportements réactifs de la personne résidente.

L'omission d'aiguiller la personne résidente vers une ressource spécialisée lorsque nécessaire comportait un risque de rater

**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 de Toronto**

5700, rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario) M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

l'occasion de gérer efficacement les comportements réactifs de la  
personne résidente.

**Sources** : examen des dossiers cliniques de la personne résidente,  
examen de la politique du foyer « Comportements réactifs », et  
entretiens avec les personnes préposées aux services de soutien  
personnel (PSSP), ainsi que les infirmières auxiliaires autorisées  
(IAA), les IA et la DSI.

[741150]

**AVIS ÉCRIT : COMPORTEMENTS RÉACTIFS**

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

Comportements réactifs

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

(c) des mesures soient prises pour répondre à ses besoins, notamment  
des évaluations, des réévaluations et des interventions, et à ce que  
les réactions de la personne résidente aux interventions soient  
documentées.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, lorsqu'une personne  
résidente manifestait des comportements réactifs, des mesures soient  
prises pour répondre à ses besoins, notamment des évaluations, des  
réévaluations et des interventions, et à ce que les réactions de la  
personne résidente aux interventions soient documentées.

**Justification et résumé**

Une personne résidente a été placée avec un outil d'évaluation de la  
surveillance pour une durée de cinq jours. Un examen de l'outil a  
révélé des observations manquantes du personnel pendant les quarts de  
travail du soir et du matin pour des jours précis ainsi que des  
documents incomplets pendant le quart de travail du matin pour l'un  
des jours de ce mois-là. De plus, les étapes de l'outil n'ont pas  
toutes été réalisées.

L'infirmière autorisée (IA) et la DSI ont reconnu que le plan avec  
l'outil d'évaluation était essentiel pour évaluer les comportements de  
la personne résidente et ont confirmé qu'il n'avait pas été rempli

**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 de Toronto**

5700, rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario) M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

pendant les quarts de travail précisés. Elles ont toutes les deux reconnu que des dossiers incomplets affecteraient négativement leur capacité à évaluer la personne résidente, à identifier des tendances comportementales et à définir les interventions du programme de soins.

Le défaut de réaliser l'évaluation pour la personne résidente lorsqu'elle a fait preuve d'un comportement réactif pourrait entraver les procédures d'évaluation, ainsi que la capacité du personnel à évaluer efficacement les comportements de la personne résidente.

**Sources** : dossiers cliniques de la personne résidente, entretiens avec l'IA et la DSI.  
[741150]

## **AVIS ÉCRIT : PROGRAMME DE SOINS ALIMENTAIRES ET D'HYDRATATION**

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

**Non-respect de la disposition 74 (2) (b) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Programme de soins alimentaires et d'hydratation

Par. 74 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les programmes comprennent ce qui suit :

(b) le recensement des risques liés aux soins alimentaires, aux services de diététique et à l'hydratation.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme d'hydratation soit mis en œuvre pour la personne résidente.

Conformément à la disposition 74 (2) a) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis était tenu de s'assurer que des politiques soient élaborées pour le programme d'hydratation et que celui-ci soit respecté.

Plus précisément, le personnel n'a pas respecté la politique du foyer sur la surveillance de la consommation de nourriture et de fluides, qui exige que le personnel effectue une évaluation précise lorsque la personne résidente n'atteint pas la cible individuelle de fluide pendant trois jours consécutifs.

**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 de Toronto**  
5700, rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario) M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

### **Justification et résumé**

Une personne résidente a été identifiée comme présentant un risque nutritionnel élevé. Un examen des dossiers cliniques de la personne résidente indiquait que la personne résidente n'atteignait pas toujours ses cibles de consommation pour certains mois de 2024, comme enregistré dans l'outil propre au foyer à quelques reprises. Aucune évaluation n'a été effectuée pendant cette période.

L'infirmière autorisée (IA) a reconnu que les évaluations n'avaient pas été effectuées comme requis lorsque la personne résidente a été identifiée comme n'atteignant pas ses cibles de consommation.

La diététiste professionnelle (Dt. P.) et la DSI ont toutes deux confirmé que le personnel devait évaluer le risque d'une personne résidente à l'aide du type d'outil d'évaluation propre au foyer et amorcer des aiguillages vers la Dt. P. pour d'autres évaluations au besoin.

Le défaut d'effectuer les évaluations précisées comme requis par le programme d'hydratation du titulaire de permis peut augmenter le risque de ne pas cerner les signes et symptômes d'un état de santé.

**Sources** : dossiers cliniques de la personne résidente, politique du foyer sur la surveillance de la consommation de nourriture et de fluides, entretiens avec l'IA, la Dt. P. et la DSI.  
[739633]

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

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

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

Programme de prévention et de contrôle des infections

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

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

**Ministère des Soins de longue durée**

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

**District de Toronto**

5700, rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario) M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

Le titulaire de permis a omis de veiller à la mise en œuvre d'une norme ou d'un protocole établi par la directrice en ce qui concerne la prévention et le contrôle des infections (PCI).

Plus précisément, la disposition 9.1(f) de la Norme de PCI pour les foyers de soins de longue durée indique que le titulaire de permis doit s'assurer que des précautions supplémentaires sont respectées dans le programme de PCI et devrait comprendre l'élimination adéquate de l'équipement de protection individuelle (EPI).

**Justification et résumé**

(i) Une personne résidente se trouvait sous un certain type de précaution d'isolement. Une infirmière autorisée (IA) a été observée fournissant des soins à la personne résidente dans sa chambre. L'IA a jeté son EPI dans une poubelle sans couvercle au moment de sortir de la chambre de la personne résidente. Une panoplie d'EPI utilisés se trouvait à l'intérieur et débordait de la poubelle.

La politique d'isolement du foyer exigeait de doter chaque chambre d'isolement d'un contenant à déchet à mains-libre avec couvercle.

La responsable de PCI a reconnu que la chambre aurait dû disposer d'un contenant pour éliminer les EPI utilisés.

Le défaut d'éliminer correctement les EPI utilisés a augmenté le risque de transmission de l'infection.

**Sources** : observations, politique du foyer : Isolation, entrevues avec l'IA et la responsable de la PCI.  
[739633]

Le foyer n'a pas veillé à ce que les pratiques courantes soient conformes à la « Norme de Prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée d'avril 2022 ». Plus précisément, l'hygiène des mains telle que requise par l'exigence supplémentaire 9.1(b) en vertu de la Norme de PCI.

**Justification et résumé**

(ii) Pendant une visite du foyer, une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) a été vue retirant de la vaisselle et des

**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 de Toronto**

5700, rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario) M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

tasses souillées des tables à manger après le dîner et les plaçant dans un chariot pour recueillir les articles souillés.

La PSSP a ensuite été observée en train d'apporter un chariot d'aliments propre dans la salle à manger. Plus tard, elle a été vue en train de retirer le linge protecteur des personnes résidentes tout en entrant en contact avec les personnes résidentes. À aucun moment pendant ces actions, la membre du personnel n'a effectué l'hygiène des mains.

Selon la politique sur les pratiques courantes, dont la dernière révision date de janvier 2024, le personnel doit pratiquer un lavage minutieux ou une désinfection des mains avant et après tout contact direct ou environnemental avec les personnes résidentes et lors de la manipulation de tout article souillé, comme du linge souillé ou de l'équipement.

La PSSP a reconnu qu'elle n'avait pas effectué l'hygiène des mains entre les aides prodiguées aux personnes résidentes. La responsable de la prévention et du contrôle des infections (PCI) a confirmé que le personnel devait effectuer l'hygiène des mains.

Le fait que le personnel n'ait pas effectué l'hygiène des mains a augmenté le risque de propagation d'infections dans le foyer.

**Sources** : observation, examen de la politique sur les pratiques courantes n° IC-02-01-01, dernière révision en janvier 2024, entretiens avec la PSSP et la responsable de la PCI.  
[741150]

**AVIS ÉCRIT : TRAITEMENT DES PLAINTES**

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 108 (1) 3. i. du Règl. de l'Ont. 246/22,**  
Traitement des plaintes

108(1) Le titulaire de permis veille à ce que chaque plainte écrite ou verbale qu'il reçoit ou que reçoit un membre du personnel concernant les soins fournis à une personne résidente ou l'exploitation du foyer soit traitée comme suit :

3. La réponse fournie à l'auteur d'une plainte comprend ce qui suit :

**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 de Toronto**

5700, rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario) M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

i. le numéro de téléphone sans frais du ministère à composer pour porter plainte au sujet des foyers, ses heures de service et les coordonnées de l'ombudsman des patients visé à la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous* et au ministère.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une réponse fournie à un(e) plaignant(e) comprenne le numéro de téléphone sans frais du ministère pour déposer des plaintes au sujet des foyers et ses heures de service et les coordonnées de l'ombudsman des patients en vertu de la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous*.

**Justification et résumé**

(i) Le foyer a reçu une plainte du mandataire spécial d'une personne résidente concernant un incident lors duquel la personne résidente a été blessée. La lettre de réponse au plaignant ne comprenait pas le numéro de téléphone sans frais du ministère pour déposer des plaintes au sujet des foyers et ses heures de service, ni les coordonnées de l'ombudsman des patients visé à la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous*.

La DSI a reconnu que la lettre de réponse au mandataire spécial ne comprenait pas les renseignements requis.

L'omission de fournir le numéro de téléphone sans frais du ministère pour déposer des plaintes au sujet des foyers ainsi que les coordonnées de l'ombudsman des patients pourrait entraver la capacité du mandataire spécial à transmettre une plainte non résolue à l'échelon supérieur.

**Sources** : rapport du SIC, dossiers d'enquête du foyer et entretiens avec la DSI.  
[739633]

(ii) Le foyer a reçu une plainte du mandataire spécial d'une personne résidente concernant les soins. La lettre de réponse au plaignant ne comprenait pas le numéro de téléphone sans frais du ministère pour déposer des plaintes au sujet des foyers et ses heures de service, ni les coordonnées de l'ombudsman des patients visé à la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous*.

**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 de Toronto**

5700, rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario) M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

La DSI a reconnu que la lettre de réponse au mandataire spécial ne comprenait pas les renseignements requis.

L'omission de fournir le numéro de téléphone sans frais du ministère pour déposer des plaintes au sujet des foyers ainsi que les coordonnées de l'ombudsman des patients pourrait entraver la capacité du mandataire spécial à transmettre une plainte non résolue à l'échelon supérieur.

**Sources** : rapport du SIC, dossiers d'enquête du foyer et entretiens avec la DSI.  
[739633]

(iii) Le foyer a reçu une plainte relative aux soins et services pour une personne résidente.

La lettre de réponse au plaignant ne comprenait pas le numéro de téléphone sans frais du ministère pour déposer des plaintes au sujet des foyers et ses heures de service, ni les coordonnées de l'ombudsman des patients visé à la *Loi de des soins pour tous*.

La DSI a reconnu que la lettre de réponse à la plainte écrite ne comprenait pas le numéro de téléphone sans frais du ministère ou les coordonnées de l'ombudsman des patients.

L'omission de fournir le numéro de téléphone sans frais du ministère pour déposer des plaintes au sujet des foyers ainsi que les coordonnées de l'ombudsman des patients pourrait entraver la capacité du mandataire spécial à transmettre une plainte non résolue à l'échelon supérieur.

**Sources** : examen d'un rapport du système d'incident critique (SIC), lettre de réponse du foyer de soins de longue durée envoyée au plaignant, et entretien avec la DSI.  
[741150]