

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Rapport public initial

Date d'émission du rapport : 12 juillet 2024

Numéro d'inspection : 2024-1389-0002

Type d'inspection :

Plainte
Incident critique

Titulaire de permis : The Royale Development GP Corporation en tant qu'associé commandité de The Royale Development LP

Foyer de soins de longue durée et ville : Bradford Valley Community, Bradford

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 24 au 28 juin 2024 et du 3 au 5 juillet 2024

L'inspection a eu lieu à l'extérieur aux dates suivantes : 2 juillet 2024

L'inspection concernait :

- Deux demandes liées à des éclosions
- Deux demandes liées à des chutes.
- Une demande découlant d'une plainte portant sur un transfert effectué de façon inappropriée.

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

Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
Prévention et contrôle des infections
Foyer sûr et sécuritaire
Prévention et gestion des chutes

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité n° 001 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : du paragraphe 6 (7) de la *LRSLD* (2021)

Programme de soins

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une intervention soit fournie à une personne résidente, tel que le précise son programme de soins.

Justification et résumé

Un rapport d'incident critique a été soumis au directeur concernant la chute d'une personne résidente, ce qui a entraîné un changement important dans son état de santé.

La personne résidente a été observée dans sa chambre sans que l'intervention spécifiée ait été réalisée. Après plusieurs minutes, l'infirmière auxiliaire autorisée (IAA) n° 106 a été observée en train de réaliser l'intervention de la personne résidente.

Le programme de soins de la personne résidente comportait des instructions visant à réduire les risques de blessures liées aux chutes.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

L'IAA n° 106 a confirmé que la personne résidente était dans sa chambre sans l'intervention spécifiée pour les chutes et a reconnu qu'il y avait des instructions concernant l'intervention à suivre pour la sécurité de la personne résidente.

Le fait de ne pas s'assurer que la personne résidente avait son intervention en place a exposé la personne résidente à un risque plus élevé de blessure en cas de chute.

Sources : Observations, dossiers médicaux de la personne résidente n° 002, entretien avec l'IAA n° 106.

AVIS ÉCRIT : Portes dans le foyer

Problème de conformité n° 002 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de la sous-disposition 1 i du paragraphe 12 (1) 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 :

1. Toutes les portes donnant sur un escalier et sur l'extérieur du foyer, à l'exception des portes donnant sur des aires sécuritaires à l'extérieur qui empêchent les résidents de sortir, y compris les balcons et les terrasses, ou des portes auxquelles les résidents n'ont pas accès, doivent être, à la fois :
 - i. gardées fermés et verrouillés,

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des portes donnant sur des balcons et des terrasses soient gardées fermées et verrouillées.

Justification et résumé

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Lors de l'inspection, il a été observé que la porte située dans la salle à manger menant au balcon d'une unité spécifique du foyer avait été laissée ouverte, avec une brique au bas de la porte empêchant sa fermeture. Des personnes résidentes ont été observées en train de s'asseoir et de marcher dans les environs, et aucun membre du personnel n'a été observé en train de surveiller la porte. Pendant la période d'observation, deux personnes résidentes sont sorties sur le balcon, et l'une d'entre elles a été redirigée par l'IAA n° 115.

La personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) n° 116 et l'IAA n° 115 ont confirmé que la porte était laissée ouverte et que la personne préposée aux loisirs était chargée de surveiller les personnes résidentes et la porte si les personnes résidentes se trouvaient sur le balcon.

La personne préposée aux loisirs n° 117 a indiqué qu'elle ne surveillait pas la porte, car elle était dans la cuisine en train de préparer une activité pour le lendemain, et elle a confirmé que la porte aurait dû être fermée et verrouillée, ou surveillée si les personnes résidentes se trouvaient à l'extérieur sur le balcon.

La directrice des soins a indiqué que les portes menant au balcon devaient être fermées et verrouillées et que si les personnes résidentes sortaient sur le balcon, elles devaient être surveillées par le personnel des loisirs.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que la porte menant au balcon soit fermée et verrouillée a exposé les personnes résidentes de l'unité du foyer à un risque d'accident et de blessure.

Sources : Observations, entretiens avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Problème de conformité n° 003 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de la disposition 19 du paragraphe 29 (3) 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 :

19. Les risques qu'il pose en matière de sécurité.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une évaluation interdisciplinaire du risque pour la sécurité d'une personne résidente dans le cadre d'une intervention spécifique soit effectuée.

Justification et résumé

La personne résidente a été observée dans sa chambre avec une intervention spécifique en place.

L'examen des dossiers médicaux de la personne résidente a révélé qu'elle avait besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne. Il n'y avait pas d'instructions relatives à l'utilisation de cette intervention pour cette personne résidente.

L'IAA n° 115 a vérifié qu'une intervention devait être mise en œuvre pour la personne résidente en ce qui concerne le changement de position et a reconnu que cela n'était pas documenté dans le programme de soins de la personne résidente.

Le directeur adjoint des soins n° 119 a reconnu qu'il n'y avait pas d'indication pour l'utilisation de cette intervention pour la personne résidente dans le programme de soins et a signalé qu'aucune évaluation du risque de sécurité lié à l'utilisation de cette intervention pour la personne résidente n'avait été effectuée. En outre, le

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

directeur adjoint des soins n° 119 a reconnu le risque potentiel pour la sécurité de la personne résidente lié à la mise en œuvre de l'intervention.

Le fait de ne pas s'assurer qu'une évaluation interdisciplinaire avait été effectuée concernant les risques de sécurité liés à l'utilisation d'une intervention spécifique pour la personne résidente a augmenté le risque de préjudice pour la personne résidente.

Sources : Observations, dossiers médicaux de la personne résidente n° 002, entretiens avec l'IAA n° 115 et le directeur adjoint des soins n° 119.

AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes

Problème de conformité n° 004 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) 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, par. 54 (1).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de prévention et de gestion des chutes prévoie des stratégies visant à diminuer les chutes ou à en atténuer les effets, y compris la surveillance d'une personne résidente.

Conformément à l'alinéa 11 (1) (b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis doit s'assurer que le programme de prévention et de gestion des chutes prévoit, au

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

minimum, des stratégies visant à diminuer les chutes ou à en atténuer les effets, notamment par la surveillance des personnes résidentes, et que ces stratégies sont respectées.

Plus précisément, le personnel autorisé n'a pas surveillé une personne résidente qui avait fait une chute sans témoin, comme l'exige la politique de prévention et de gestion des chutes, dans le cadre du programme de prévention et de gestion des chutes du foyer.

Justification et résumé

Un rapport d'incident critique a été soumis au directeur concernant la chute d'une personne résidente ayant entraîné un changement important dans son état de santé.

La personne résidente a fait une chute sans témoin. La politique du foyer en matière de chutes indiquait que, dans le cadre d'une évaluation après une chute, l'infirmière devait contacter le médecin ou organiser le transfert immédiat de la personne résidente à l'hôpital, et le mandataire spécial devait en être informé. En outre, l'infirmière devait mettre en place un examen de dépistage des traumatismes crâniens en cas de chute sans témoin et surveiller la personne résidente conformément aux intervalles prévus figurant sur le formulaire d'examen de dépistage des traumatismes crâniens.

L'IAA n° 106 a confirmé qu'après la chute de la personne résidente, le mandataire spécial n'a pas été informé le jour même. De plus, l'infirmière a indiqué que le médecin n'avait pas été contacté.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Le directeur adjoint des soins n° 119 a reconnu que l'examen de dépistage des traumatismes crâniens de la personne résidente n'avait pas été effectué aux intervalles prévus ou conformément à la politique du foyer.

En ne s'assurant pas que l'examen de dépistage des traumatismes crâniens ait été complété et que le mandataire spécial et le médecin de la personne résidente aient été informés après la chute sans témoin, conformément à la politique du foyer en matière de chutes, il est possible que des interventions aient été omises et que la personne résidente ait été exposée à un risque plus élevé de détérioration de son état de santé.

Sources : Notes d'évolution de la personne résidente n° 002, politique de prévention et de gestion des chutes, entretiens avec l'IAA n° 106 et le directeur adjoint des soins n° 119.

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

Problème de conformité n° 005 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

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

Programme de prévention et de contrôle des infections

Paragraphe 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).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une norme que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections soit mise en œuvre.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Plus précisément, le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une affiche au point de service indiquant les mesures de contrôle améliorées en matière de prévention et du contrôle des infections (PCI) soit en place, comme stipulé dans les précautions supplémentaires de la disposition 9.1 (e) de la *Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée* (septembre 2023).

Justification et résumé

Lors d'une visite du foyer de soins de longue durée, un chariot contenant de l'équipement de protection individuelle (EPI) a été observé à l'extérieur de deux chambres identifiées dans une unité particulière du foyer.

La liste des personnes résidentes du foyer de soins de longue durée faisant l'objet de précautions indiquait qu'une des chambres faisait l'objet de précautions supplémentaires en raison d'une infection.

Les inspectrices ont constaté, à des jours différents, qu'aucune affiche n'avait été apposée pour signaler les mesures de contrôle améliorées en matière de PCI dans la chambre de la personne résidente en question.

La PSSP n° 104 a confirmé que la personne résidente de la chambre en question faisait l'objet de précautions supplémentaires et que le chariot placé à l'extérieur de la chambre était associé à la personne résidente en question. En outre, la PSSP a indiqué qu'une affiche aurait dû être apposée sur la porte de la personne résidente pour indiquer la chambre et les instructions à suivre par le personnel.

La responsable de la PCI a confirmé que l'affiche au point de service devait être apposée sur la porte de la personne résidente, indiquant l'évaluation des risques au point de service et les précautions supplémentaires requises.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

L'absence d'une affiche au point de service indiquant que des mesures de contrôle améliorées en matière de PCI avaient été mises en place pour la personne résidente a entraîné un risque de transmission de maladies infectieuses dans le foyer.

Sources : Observations, liste des personnes résidentes du foyer faisant l'objet de précautions, entretiens avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Traitement des plaintes

Problème de conformité n° 006 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : du paragraphe 108 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Traitement des plaintes

Paragraphe 108 (2) Le titulaire de permis veille à ce que soit tenu au foyer un dossier documenté où figurent notamment les renseignements suivants :

- a) la nature de chaque plainte verbale ou écrite;
- b) la date de réception de la plainte;
- c) le type de mesures prises pour régler la plainte, notamment la date où elles ont été prises, l'échéancier des mesures à prendre et tout suivi nécessaire;
- d) le règlement définitif, le cas échéant;
- e) chaque date à laquelle une réponse a été donnée à l'auteur de la plainte et une description de la réponse;
- f) toute réponse formulée à son tour par l'auteur de la plainte.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un document soit conservé dans le foyer lorsque le mandataire spécial de la personne résidente no 001 a fait part de ses préoccupations concernant l'état de la peau de la personne résidente.

Justification et résumé

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Une plainte a été déposée auprès du directeur portant sur des préoccupations concernant les soins prodigués à la personne résidente n° 001.

Le dossier médical de la personne résidente n° 001 indiquait qu'à une date précise, une affection cutanée avait été signalée par le personnel et que le mandataire spécial en avait été informé. La note du médecin de l'époque indiquait que la personne résidente souffrait d'une blessure cutanée, que le mandataire spécial de la personne résidente n'était pas satisfait et que la direction était impliquée.

Le directeur adjoint des soins n° 111 a indiqué avoir été informé par l'infirmière de l'équipe en question et avoir immédiatement évalué la personne résidente. Le directeur adjoint des soins a mené une enquête et, après avoir rencontré le personnel, la cause de l'affection cutanée a été identifiée comme étant inconnue. En outre, le directeur adjoint des soins a confirmé que le mandataire spécial était contrarié, car les informations relatives à la localisation de l'affection cutanée étaient différentes de celles qui lui avaient été communiquées.

La directrice générale adjointe a indiqué que le mandataire spécial de la personne résidente avait demandé une réunion avec la directrice générale adjointe, la directrice des soins et la directrice générale dès la notification de l'incident, mais qu'en raison de sa disponibilité, il avait été demandé au directeur adjoint des soins n° 111 d'assurer le suivi avec le mandataire spécial. Quelques jours plus tard, le mandataire spécial s'est présenté au bureau de la directrice générale avec des photos de l'état de la peau de la personne résidente n° 001. La directrice générale adjointe a confirmé qu'aucun document écrit relatif à cette plainte n'avait été conservé dans le classeur des plaintes.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Le fait de ne pas avoir veillé à ce que les dossiers relatifs à la plainte concernant la personne résidente n° 001 soient documentés et conservés dans le foyer peut avoir eu une incidence sur la manière dont les problèmes ont été traités.

Sources : Notes d'évolution et évaluations de la personne résidente n° 001, classeur de plaintes 2024 du foyer de soins de longue durée, notes d'enquête du directeur adjoint des soins, entretiens avec le personnel.

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 001 Portes dans le foyer

Problème de conformité n° 007 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de la disposition 3 du paragraphe 12 (1) 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 ou l'inspecteur ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de conformité [LRSLD (2021), alinéa 155 (1) a) :

Le titulaire de permis doit :

1. Sensibiliser l'ensemble du personnel travaillant dans l'unité du foyer identifiée à l'importance de veiller à ce que les portes des aires non résidentielles restent fermées et verrouillées lorsque le personnel n'est pas présent. Conserver un registre documenté comprenant :
 - a) le contenu de la formation fournie

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

b) La date de la formation, le nom et la fonction du personnel formé et la personne qui a donné la formation.

Un registre de la formation doit être conservé et mis à la disposition de l'inspecteur ou de l'inspectrice sur demande.

2. Effectuer des vérifications deux fois par jour, une fois pendant le quart de jour et une fois pendant le quart de soir, afin de s'assurer que toutes les portes des aires non résidentielles de l'unité du foyer identifiées sont fermées et verrouillées lorsque le personnel n'est pas présent.

a) Les vérifications doivent être effectuées pendant une période de quatre semaines.

b) Les vérifications doivent être effectuées par la direction.

c) Les vérifications doivent inclure : la date, le nom et la fonction de la personne chargée de la vérification, l'emplacement de l'aire vérifiée et toute mesure corrective prise si une lacune a été identifiée.

La documentation relative aux vérifications doit être conservée et mise à la disposition de l'inspecteur ou de l'inspectrice sur demande.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que toutes les portes donnant sur les aires non résidentielles soient gardées fermées et verrouillées quand elles n'étaient pas supervisées par le personnel.

Justification et résumé

Lors d'une visite du foyer de soins de longue durée, dans une unité du foyer identifiée on a constaté que la porte du local d'entretien était ouverte. Sur la porte, une affiche indiquait « poste de douche oculaire » et indiquait de garder la porte fermée. À l'intérieur de la pièce, des objets tranchants, des produits chimiques et des fournitures liées aux soins personnels ont été observés.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Pendant plusieurs minutes, la porte est restée ouverte sans qu'aucun membre du personnel ne soit présent dans les environs. Une personne résidente a été observée en train de marcher à l'extérieur du local d'entretien.

L'IAA n° 105 a indiqué que la porte devait être fermée et verrouillée en permanence.

Il y a eu un risque pour la sécurité des personnes résidentes de l'unité du foyer identifiée, car aucune mesure n'a été prise immédiatement lorsque la porte du local d'entretien est restée ouverte.

Sources : Observations, entretien avec l'IAA n° 105.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le
16 septembre 2024

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

RENSEIGNEMENTS SUR LA RÉVISION/L'APPEL

PRENDRE ACTE

Le titulaire de permis a le droit de demander une révision par le directeur du ou des présents ordres et/ou du présent avis de pénalité administrative (APA) conformément à l'article 169 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (la Loi). Le titulaire de permis peut demander au directeur de suspendre le ou les présents ordres en attendant la révision. Si un titulaire de permis demande la révision d'un APA, l'obligation de payer est suspendue jusqu'à la décision de la révision.

Remarque : En vertu de la Loi, les frais de réinspection ne peuvent faire l'objet d'une révision par le directeur ou d'un appel auprès de la Commission d'appel et de révision des services de santé (CARSS). La demande de révision par le directeur doit être présentée par écrit et signifiée au directeur dans les 28 jours suivant la date de signification de l'ordre ou de l'APA au titulaire de permis.

La demande écrite de révision doit comprendre :

- a) les parties de l'ordre ou de l'APA pour lesquelles la révision est demandée;
- b) toute observation que le titulaire de permis souhaite que le directeur prenne en considération;
- c) une adresse de signification pour le titulaire de permis.

La demande écrite de révision doit être signifiée en mains propres, par courrier recommandé, par courriel ou par service de messagerie commerciale à la personne indiquée ci-dessous.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Directeur

a/s du coordonnateur des appels

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

438, avenue University, 8^e étage

Toronto (Ontario) M7A 1N3

Courriel : 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 du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

- 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^e 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^e étage
Toronto (Ontario) M7A 1N3
Courriel : MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca

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