

Rapport public

Date d'émission du rapport : 2 avril 2026
Numéro d'inspection : 2026-1219-0002
Type d'inspection : Plainte Incident critique
Titulaire de permis : Schlegel Villages Inc.
Foyer de soins de longue durée et ville : Fairview Nursing Home, Toronto

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 2, 3, 5, 6, 11, 12, 16 au 20 et 23 au 26 mars, ainsi que 1^{er} et 2 avril 2026

L'inspection a eu lieu hors site aux dates suivantes : 4, 12, 13, 19, 20, 27, 30 et 31 mars, ainsi que 1^{er} avril 2026

On a traité les signalements suivants au cours de cette inspection sur des incidents critiques (IC) :

Signalement : n° 00168145 (rapport d'IC n° 2723-000002-26) – Signalement en lien avec des allégations de mauvais traitements infligés à une personne résidente.

Signalement : n° 00173173 (rapport d'IC n° 2723-000007-26) – Signalement en lien avec le décès inattendu d'une personne résidente.

On a traité le signalement suivant au cours de cette inspection sur une plainte :

Signalement : n° 00172822 – Signalement en lien avec une plainte concernant des préoccupations quant aux soins fournis aux personnes résidentes et aux services environnementaux.

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

- Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
- Entretien ménager, services de buanderie et d'entretien
- Comportements réactifs
- Prévention des mauvais traitements et de la négligence

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

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

Non-respect du : paragraphe 6 (2) de la LRSLD (2021)

Programme de soins

Paragraphe 6 (2) – Le titulaire de permis veille à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fondés sur une évaluation du résident et de ses besoins et préférences.

On a omis de veiller à ce que le programme de soins d'une personne résidente soit fondé sur une évaluation de ses comportements réactifs. En effet, on a omis de consigner ses comportements réactifs dans son programme de soins.

Sources : Examen des dossiers cliniques de la personne résidente; entretiens avec les membres du personnel concernés.

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité n° 002 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 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.

On a omis de mettre en œuvre les mesures d'intervention prévues auprès d'une personne résidente pour la prévention des chutes et la gestion des soins de la peau et des plaies.

Sources : Démarches d'observation; examen des dossiers cliniques de la personne résidente.

AVIS ÉCRIT : Services d'hébergement

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

Non-respect de : l'alinéa 19 (2) a) de la LRSLD (2021)

Services d'hébergement

Paragraphe 19 (2) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

a) le foyer, l'ameublement et le matériel sont toujours propres et sanitaires.

On a constaté que plusieurs secteurs et équipements du foyer n'étaient pas propres et sanitaires.

Sources : Démarches d'observation effectuées à deux dates.

AVIS ÉCRIT : Services d'hébergement

Problème de conformité n° 004 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 19 (2) c) de la LRSLD (2021)

Services d'hébergement

Paragraphe 19 (2) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

c) le foyer, l'ameublement et le matériel sont entretenus de sorte qu'ils soient sûrs et en bon état.

On a constaté qu'il y avait des trous dans les murs, des tuiles manquantes et une dégradation générale dans divers secteurs du foyer.

Sources : Démarches d'observation effectuées à deux dates.

AVIS ÉCRIT : Portes dans le foyer

Problème de conformité n° 005 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 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.

On a constaté que l'on avait laissé la porte menant au local électrique d'un secteur du foyer déverrouillée et sans surveillance, alors qu'une personne résidente se trouvait à proximité.

Sources : Démarches d'observation effectuées à une date donnée.

AVIS ÉCRIT : Comportements réactifs

Problème de conformité n° 006 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : la disposition 58 (1) 1 du Règl. de l'Ont. 246/22

Comportements réactifs

Paragraphe 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 résidents qui affichent des comportements réactifs :

1. Des méthodes écrites en matière de soins, notamment des protocoles de dépistage, des évaluations, des réévaluations et l'identification des comportements déclencheurs pouvant donner lieu à des comportements réactifs, notamment sur le plan cognitif, physique, affectif, social ou environnemental.

Une personne résidente, qui avait déjà adopté des comportements réactifs, a adopté de tels comportements envers un membre du personnel autorisé à une date donnée.

Toutefois, en examinant les dossiers cliniques de cette personne résidente, on a constaté qu'ils ne contenaient aucun renseignement concernant l'utilisation d'un outil d'évaluation auprès d'elle ni évaluation quelconque au sujet de ces comportements. En effet, le foyer ne disposait pas d'un protocole de dépistage ou d'un outil d'évaluation que les membres du personnel autorisé devaient remplir lorsqu'une personne résidente adoptait des comportements réactifs précis.

Sources : Examen des dossiers cliniques de la personne résidente; entretiens avec les membres du personnel concernés.

AVIS ÉCRIT : Comportements réactifs

Problème de conformité n° 007 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

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

Comportements réactifs

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

b) des stratégies sont élaborées et mises en œuvre pour réagir à ces comportements, dans la mesure du possible.

Une personne résidente avait déjà adopté des comportements réactifs lorsqu'elle recevait des soins. Toutefois, ce n'est que plusieurs mois après que l'on eut constaté ces comportements pour la première fois que l'on a élaboré des stratégies pour y réagir.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente; entretiens avec les membres du personnel concernés.

AVIS ÉCRIT : Lutte contre les ravageurs

Problème de conformité n° 008 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 94 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Lutte contre les ravageurs

Paragraphe 94 (2) – Le titulaire de permis veille à ce que des mesures immédiates soient prises pour éliminer les ravageurs.

Une aide-ménagère ou un aide-ménager a repéré des ravageurs dans un secteur du foyer. Toutefois, ce n'est que trois jours plus tard que l'on a signalé cette observation.

Sources : Entretiens avec les membres du personnel concernés.

AVIS ÉCRIT : Administration des médicaments

Problème de conformité n° 009 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la

LRS LD (2021)

Non-respect du : paragraphe 140 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Administration des médicaments

Paragraphe 140 (2) – Le titulaire de permis veille à ce que les médicaments soient administrés aux résidents conformément au mode d'emploi précisé par le prescripteur. Règl. de l'Ont. 246/22, paragraphe 140 (2).

On a administré les médicaments d'une personne résidente plusieurs heures en retard.

Sources : Démarches d'observation; dossiers cliniques de la personne résidente.

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 001 – Obligation de protéger

Problème de conformité n° 010 – Ordre de conformité en vertu de la disposition 154 (1) 2 de la LRS LD (2021)

Non-respect du : paragraphe 24 (1) de la LRS LD (2021)

Obligation de protéger

Paragraphe 24 (1) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée protège les résidents contre les mauvais traitements de la part de qui que ce soit et veille à ce que les résidents ne fassent l'objet d'aucune négligence de sa part ou de la part du personnel.

L'inspectrice/l'inspecteur ordonne au titulaire de permis de faire ce qui suit : Se conformer à un ordre de conformité [alinéa 155 (1) a) de la LRS LD (2021)] :

1. Créer un scénario d'étude de cas à partir des incidents de mauvais traitements d'ordre sexuel et de négligence mettant en cause des personnes résidentes.
2. Examiner l'étude de cas, en personne, avec l'ensemble des personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP) et des membres du personnel autorisé qui travaillent dans un secteur donné, ainsi qu'avec les membres responsables du personnel infirmier, les directrices adjointes ou les directeurs adjoints des soins infirmiers, la directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI) et la directrice générale ou le directeur général.
3. Lors de l'examen, discuter des mesures que les membres du personnel doivent prendre s'ils constatent qu'une personne résidente inflige de mauvais traitements d'ordre sexuel à une autre personne résidente.
4. Consigner dans un dossier les renseignements sur les discussions susmentionnées, notamment le contenu de l'étude de cas, le contenu de l'examen, la date de l'examen,

le nom du ou des membres du personnel qui ont animé l'examen et la feuille de présence signée par tous les membres du personnel qui y ont participé.

5. Offrir une formation d'appoint au membre du personnel autorisé désigné sur la politique et la marche à suivre du foyer en ce qui concerne les comportements réactifs constatés et la surveillance connexe.

6. Élaborer et mettre en œuvre une marche à suivre permettant de veiller à ce que tous les membres du personnel autorisé d'un secteur donné sachent quand entreprendre une surveillance pour des comportements réactifs donnés.

7. Offrir une formation à tous les membres du personnel autorisé d'un secteur donné du foyer sur la marche à suivre visée au point 6.

8. Consigner dans un dossier les renseignements liés aux formations visées aux points 5 et 7, notamment la ou les dates de chaque formation, le nom de la ou des personnes qui l'ont animée, le contenu de celle-ci et la feuille de présence signée par tous les membres du personnel qui y ont participé.

Motifs

i) On savait qu'une personne résidente adoptait des comportements sexuels envers d'autres personnes résidentes. Toutefois, on a omis de protéger plusieurs personnes résidentes contre les mauvais traitements d'ordre sexuel infligés par celle-ci.

Ainsi, le foyer a omis de protéger plusieurs personnes résidentes contre les mauvais traitements d'ordre sexuel.

Sources : Dossiers cliniques des personnes résidentes; entretiens avec les membres du personnel concernés.

ii) Le foyer a omis de protéger plusieurs personnes résidentes contre les mauvais traitements d'ordre sexuel. Ainsi, il a fait preuve de négligence envers elles.

Sources : Dossiers cliniques des personnes résidentes; entretiens avec les membres du personnel concernés.

iii) Une personne résidente est décédée. Son décès était lié à des antécédents de comportements réactifs donnés.

Selon son programme de soins, celle-ci avait déjà adopté des comportements réactifs donnés. Ainsi, les membres du personnel autorisé devaient évaluer les risques. Plus

précisément, les membres du personnel autorisé devaient surveiller la personne résidente lors de chaque quart de travail et, s'ils la voyaient adopter ce type de comportement, ils devaient effectuer des vérifications plus fréquentes auprès d'elle et faire part de la situation à leur superviseuse ou superviseur.

Selon la politique correspondante du foyer, les membres du personnel autorisé devaient évaluer la personne résidente et, en s'appuyant sur cette évaluation, mettre en œuvre les mesures d'intervention appropriées.

La personne résidente a adopté les comportements en question envers un membre du personnel autorisé. Toutefois, ce dernier a omis de procéder à une évaluation de la personne résidente et d'indiquer aux PSSP d'effectuer des vérifications plus fréquentes auprès d'elle.

En raison de l'inaction du membre du personnel autorisé, plus précisément de son omission de prendre les mesures qui s'imposaient, conformément au programme de soins de la personne résidente, cette dernière a subi un préjudice.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente; rapport d'IC n° 2723-000007-26; politique correspondante du foyer (n° Tab 06-04); entretiens avec les membres du personnel concernés.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le : 14 mai 2026.

Cet ordre de conformité représente également un avis écrit et il est transmis à la directrice ou au directeur pour qu'elle ou il y donne suite.

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 002 – Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

Problème de conformité n° 011 – Ordre de conformité en vertu de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 25 (1) de la LRSLD (2021)

Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

Paragraphe 25 (1) – Sans préjudice de la portée générale de l'obligation prévue à l'article 24, le titulaire de permis veille à ce que soit adoptée et respectée une politique écrite visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de

négligence envers les résidents.

L'inspectrice/l'inspecteur ordonne au titulaire de permis de faire ce qui suit : Se conformer à un ordre de conformité [alinéa 155 (1) a) de la LRSLD (2021)] :

1. Offrir une formation d'appoint à l'ensemble des PSSP et des membres du personnel autorisé qui travaillent dans un secteur donné du foyer, ainsi qu'aux membres responsables du personnel infirmier, aux directrices adjointes ou aux directeurs adjoints des soins infirmiers, à la ou au DSI et à la directrice générale ou au directeur général. Cette formation doit porter sur la politique et les marches à suivre du foyer visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence à l'égard des personnes résidentes (Zero Tolerance of Abuse and Neglect Policy), notamment la politique concernant les mauvais traitements infligés à une personne résidente par une autre personne résidente (resident-to-resident abuse policy). En outre, la formation doit porter sur ce qui suit : leur rôle et leurs responsabilités lorsqu'il y a des cas présumés, soupçonnés ou constatés de mauvais traitements d'ordre sexuel; les mesures immédiates qu'elles ou ils doivent prendre dans ces cas; les évaluations qu'elles ou ils doivent réaliser et les documents qu'elles ou ils doivent remplir, s'il y a lieu.
2. Consigner dans un dossier les renseignements sur la formation offerte, notamment la date, le contenu de la formation, le nom de la ou des personnes qui l'ont animée et le nom des personnes qui y ont participé.

Motifs

Le foyer a omis de veiller au respect de sa politique visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes (policy to promote zero tolerance of abuse and neglect). En effet, une personne résidente a infligé de mauvais traitements d'ordre sexuel à d'autres personnes résidentes.

Selon la politique du foyer concernant les mauvais traitements infligés à une personne résidente par une autre personne résidente (resident-to-resident abuse policy), les membres du personnel doivent consigner les mauvais traitements avec précision et fournir les soins et les traitements nécessaires aux deux personnes résidentes concernées. En outre, ils doivent immédiatement lancer une enquête à ce sujet en remplissant le formulaire interne pour la déclaration d'un incident (Internal Incident Form), faire part de la situation aux mandataires spéciales ou mandataires spéciaux des personnes résidentes concernées, et signaler les incidents susceptibles de

constituer une infraction criminelle au service de police compétent.

Le foyer a omis de veiller au respect des exigences susmentionnées de sa politique.

L'omission, par le foyer, de veiller au respect des différentes exigences visées dans sa politique concernant les mauvais traitements (abuse policy) a mis en évidence une tendance à permettre les mauvais traitements d'ordre sexuel et la négligence à l'égard des personnes résidentes au foyer.

Sources : Dossiers cliniques des personnes résidentes; processus d'enquête pour les cas soupçonnés de mauvais traitements infligés à une personne résidente par une autre personne résidente (n° Tab 04-06A; Investigation Process for Suspected Resident to Resident Abuse); entretien avec les membres du personnel concernés.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le : 14 mai 2026.

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 003 – Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

Problème de conformité n° 012 – Ordre de conformité en vertu de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : la disposition 28 (1) 2 de la LRSLD (2021)

Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

Paragraphe 28 (1) – Quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner que l'un ou l'autre des cas suivants s'est produit ou peut se produire fait immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et communique les renseignements sur lesquels ils sont fondés :

2. Les mauvais traitements infligés à un résident par qui que ce soit ou la négligence envers un résident de la part du titulaire de permis ou du personnel, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident.

L'inspectrice/l'inspecteur ordonne au titulaire de permis de faire ce qui suit : Se conformer à un ordre de conformité [alinéa 155 (1) a) de la LRSLD (2021)] :

1. Offrir une formation d'appoint à l'ensemble des PSSP et des membres du personnel autorisé (infirmières auxiliaires autorisées ou infirmiers auxiliaires autorisés [IAA] et infirmières autorisées ou infirmiers autorisés [IA]) qui travaillent dans un secteur donné du foyer, y compris les membres responsables du personnel infirmier et tous les membres de la direction (directrices adjointes ou directeurs adjoints des services

infirmiers, DSI et directrice générale ou directeur général), sur ce qui suit :

a. Offrir une formation d'appoint à tous les membres du personnel susmentionnés sur la politique concernant les rapports obligatoires. Lors de formation, il faut aborder, entre autres, les incidents mettant en cause une personne résidente et le moment où il convient de remplir un rapport obligatoire sur les mauvais traitements d'ordre sexuel en vertu de l'article 28.

b. Inclure des exemples de mauvais traitements d'ordre sexuel infligés à une personne résidente par une autre personne résidente qui doivent faire l'objet d'un rapport en vertu de l'article 28 et, s'il y a lieu, inclure des exemples mettant en cause la personne résidente et d'autres personnes résidentes.

2. Consigner dans un dossier les renseignements sur la formation offerte, notamment la date, le contenu de la formation, le nom de la ou des personnes qui l'ont animée et le nom des personnes qui y ont participé.

Motifs

i) On a omis de signaler immédiatement, à la directrice ou au directeur, un incident de mauvais traitements d'ordre sexuel infligés à une personne résidente par une autre personne résidente.

Sources : Examen des rapports après les heures de bureau; entretien avec des membres du personnel.

ii) Le foyer avait des raisons de soupçonner qu'une personne résidente avait infligé de mauvais traitements d'ordre sexuel à d'autres personnes résidentes. Toutefois, il a omis de signaler ces incidents à la directrice ou au directeur.

L'omission, par le foyer, de faire immédiatement part de ses soupçons concernant de mauvais traitements d'ordre sexuel à la directrice ou au directeur a augmenté le risque qu'ils se reproduisent pour les personnes résidentes et a retardé l'intervention du ministère à ce sujet.

Sources : Dossiers cliniques des personnes résidentes; rapport du Système de rapport d'incidents critiques (SIC); entretiens avec les membres du personnel concernés.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le : 14 mai 2026.

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 004 – Comportements et altercations

Problème de conformité n° 013 – Ordre de conformité en vertu de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 60 a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Comportements et altercations

Article 60 – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

a) des marches à suivre et des mesures d'intervention sont élaborées et mises en œuvre pour aider les résidents et les membres du personnel qui risquent de subir ou qui subissent un préjudice en raison des comportements d'un résident, notamment de ses comportements réactifs, et pour réduire au minimum les risques d'altercations et d'interactions susceptibles de causer un préjudice entre et parmi les résidents.

L'inspectrice/l'inspecteur ordonne au titulaire de permis de faire ce qui suit :

Préparer, présenter et mettre en œuvre un plan pour voir au respect de

l'alinéa 60 a) du Règl. de l'Ont. 246/22 [alinéa 155 (1) b) de la LRSLD (2021)] :

Le plan demandé doit comprendre ce qui suit, sans toutefois s'y limiter :

1. Une marche à suivre permettant de veiller à ce que l'on élabore et mette en œuvre des mesures d'intervention pour réduire au minimum les risques de mauvais traitements d'ordre sexuel et d'interactions susceptibles de causer des préjudices entre les personnes résidentes, notamment des démarches pour sensibiliser les membres du personnel à ces mesures d'intervention.

2. Cette approche doit prévoir une collaboration interdisciplinaire entre les PSSP, les membres du personnel autorisé, les représentantes et représentants de tous les échelons de la direction, les personnes responsables du programme de gestion des comportements réactifs, ainsi que le médecin.

Veillez soumettre le plan écrit d'atteinte de la conformité pour l'inspection n° 2026-1219-0002 au plus tard le 20 avril 2026.

Veillez vous assurer que le plan écrit ainsi présenté ne contient pas de renseignements personnels ni de renseignements personnels sur la santé.

Motifs

Une personne résidente a infligé de mauvais traitements d'ordre sexuel à d'autres personnes résidentes. Toutefois, après que ces dernières eurent subi ces mauvais traitements, on a omis d'élaborer ou de mettre en œuvre des mesures d'intervention afin de réduire au minimum le risque d'interactions susceptibles de causer un préjudice.

L'omission, par le foyer, d'élaborer des stratégies pour réduire au minimum le risque de préjudice causé par ce type de comportement a entraîné un risque pour les personnes résidentes de subir de mauvais traitements d'ordre sexuel.

Sources : Dossiers cliniques des personnes résidentes; entretiens avec les membres du personnel concernés.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le : 8 juin 2026.

RENSEIGNEMENTS SUR LA RÉVISION/L'APPEL

PRENDRE ACTE

Le titulaire de permis a le droit de demander une révision par le directeur du ou des présents ordres et/ou du présent avis de pénalité administrative (APA) conformément à l'article 169 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (la Loi).

Le titulaire de permis peut demander au directeur de suspendre le ou les présents ordres en attendant la révision. Si un titulaire de licence demande la révision d'un APA, l'obligation de payer est suspendue jusqu'à la décision de la révision.

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

La demande écrite de révision doit comprendre :

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

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

Directeur

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;
- 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.