Ontario

Rapport d'inspection prévu par la

Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée

Ministère des Soins de longue durée

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

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

Rapport public

Date d'émission du rapport : 14 janvier 2025
Numéro d'inspection : 2025-1358-0001
Type d'inspection : Inspection proactive de conformité
Titulaire de permis : Conseil de direction de l'Armée du Salut du Canada
Foyer de soins de longue durée et ville : The Salvation Army Ottawa Grace Manor, Ottawa

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 2 au 3, le 6, du 8 au 10 et le 13 janvier 2025.

L'inspection concernait :

- le registre nº 00135881 – inspection proactive de conformité

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

Prévention et gestion de la peau et des plaies
Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
Gestion des médicaments
Alimentation, nutrition et hydratation
Conseils des résidents et des familles
Prévention et contrôle des infections
Foyer sûr et sécuritaire
Prévention des mauvais traitements et de la négligence
Amélioration de la qualité

Normes de dotation, de formation et de soins
Droits et choix des personnes résidentes
Gestion de la douleur

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'inspecteur 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 conformément au paragraphe 154 (2) de la LRSLD (2021)
Non-respect de l'alinéa 85 (3) e) de la LRSLD (2021)
Affichage des renseignements
Paragraphe 85 (3). Les renseignements exigés pour l'application des paragraphes (1) et (2) sont les suivants :
e) la marche à suivre du foyer de soins de longue durée pour porter plainte auprès du titulaire de permis.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que fussent affichés les renseignements exigés à afficher dans le foyer relativement à la marche à suivre du foyer de soins de longue durée pour porter plainte auprès du titulaire de permis. Le 6 janvier 2025, l'inspecteur n'a pas vu sur le panneau d'information la marche à suivre du foyer pour porter plainte.

Sources : Observation du panneau d'information.

Le 8 janvier 2025, l'inspecteur a observé la directrice adjointe ou le directeur adjoint des soins infirmiers (DASI) qui affichait sur le panneau d'information la politique et marche à suivre relative aux plaintes avec les formulaires à remplir.

Date à laquelle la mesure corrective a été mise en œuvre : 8 janvier 2025.

Problème de conformité n° 002 rectifié conformément au paragraphe 154 (2) de la LRSLD (2021)
Non-respect de l'alinéa 35 (3) a) du Règl. de l'Ont. 246/22
Services infirmiers et services de soutien personnel
Paragraphe 35 (3). Le plan de dotation en personnel doit :
a) prévoir une dotation en personnel variée qui est compatible avec les besoins évalués des résidents en matière de soins et de sécurité et qui satisfait aux exigences de la Loi et du présent règlement.
Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que son plan de dotation en personnel prévît une dotation en personnel variée qui satisfasse aux exigences de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* et du Règlement de l'Ontario 246/22. Plus précisément, le plan de dotation en personnel du foyer permettait, dans des cas exceptionnels, qu'une infirmière ou un infirmier auxiliaire autorisé (IAA) remplace une infirmière ou un infirmier autorisé (IA) s'il n'y avait pas d'IA disponible et qu'une ou un IA était disponible sur appel. La disposition 49 (1) 3 du Règlement de l'Ontario 246/22 qui autorisait précédemment une ou un IAA à remplacer une ou un IA si une ou un IA était disponible aux fins de consultation, a été abrogée le 1er juillet 2024.

Sources :
Plan de dotation en personnel du foyer et sa version révisée.

Lors de l'inspection le 6 janvier 2025, le plan de dotation en personnel du foyer a été révisé par la directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI) et réexaminé par

l'inspecteur pour spécifier que l'on doit toujours remplacer une infirmière ou un infirmier autorisé (IA) par une ou un IA ou par la directrice adjointe ou le directeur adjoint des soins infirmiers (DASI) en cas d'indisponibilité d'une ou d'un IA, et qu'une infirmière ou un infirmier auxiliaire autorisé (IAA) ne peut pas remplacer une ou un IA.

Date à laquelle la mesure corrective a été mise en œuvre : 6 janvier 2025.

AVIS ÉCRIT : Conseil des résidents – obligation de répondre

Problème de conformité nº 003 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect du paragraphe 63 (3) de la LRSLD (2021)

Pouvoirs du conseil des résidents

Paragraphe 63 (3). Si le conseil des résidents l'a informé de sujets de préoccupation ou de recommandations en vertu de l'une ou l'autre des dispositions 6 ou 8 du paragraphe (1), le titulaire de permis lui répond par écrit au plus tard 10 jours après avoir été informé de ces sujets de préoccupation ou recommandations.

Le titulaire de permis, lorsque le conseil des résidents a soulevé des sujets de préoccupation ou formulé des recommandations, n'a pas veillé à lui répondre par écrit au plus tard 10 jours après avoir été informé de ces sujets de préoccupation ou recommandations.

Plus précisément, lors de ses réunions, le conseil des résidents a soulevé des sujets de préoccupation concernant l'exploitation, comme en attestent les procès-verbaux des mois de janvier, février, avril, mai, juin, juillet, août, septembre, octobre et novembre 2024. Une seule réponse écrite relative à un sujet de préoccupation concernant l'exploitation, en février 2024, a été fournie au conseil des résidents.

Sources : Procès-verbaux des réunions du conseil des résidents.
Entretiens avec la ou le DSI et une personne résidente.

AVIS ÉCRIT : Portes dans le foyer

Problème de conformité nº 004 – Avis écrit aux termes 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.

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 ne sont pas supervisées par le personnel. Plus précisément, le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les portes des buanderies des unités Wellington et Gladstone fussent gardées fermées et verrouillées quand elles n'étaient pas supervisées par le personnel. Pendant l'inspection, l'inspecteur a remarqué que les buanderies étaient ouvertes à trois reprises, sans être directement supervisées par le personnel, à différentes dates et dans des unités différentes pendant l'inspection. Aucune des deux salles ne semblait convenir pour un accès non supervisé par les personnes résidentes, et la directrice ou le directeur des opérations a confirmé, lors de son entretien avec l'inspecteur, que les buanderies des unités doivent être fermées et verrouillées quand elles ne sont pas utilisées par un membre du personnel.

Sources :
Observations des portes des buanderies des unités Wellington et Gladstone.
Entretien avec la directrice ou le directeur des opérations.

AVIS ÉCRIT : Gestion de la douleur

Problème de conformité n° 005 – 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.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'on documentât la surveillance d'une part des réactions d'une personne résidente aux stratégies de gestion de la douleur et d'autre part de l'efficacité de ces stratégies. Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du règlement de l'Ontario 246/22, le titulaire de permis doit avoir un programme de gestion de la douleur qui prévoit la surveillance des réactions d'une personne résidente aux stratégies de gestion de la douleur et de l'efficacité de ces stratégies, et il doit respecter cette politique. Selon la politique E 32 : programme de gestion de la douleur (*Policy E 32: Pain Management Program*), le personnel infirmier autorisé doit documenter l'efficacité des mesures d'intervention en matière de gestion de la douleur. La ou le DASI n'a pas veillé à documenter l'efficacité de son intervention de gestion pharmacologique de la douleur pour une personne résidente.

Sources :

Politique E 32 : programme de gestion de la douleur (*Policy E 32: Pain Management Program*).

Dossier électronique d'une personne résidente.

Entretien avec la ou le DASI.

AVIS ÉCRIT : Sécurité de la réserve de médicaments

Problème de conformité n° 006 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)
Non-respect de l'article 139 1. du Règl. de l'Ont. 246/22
Sécurité de la réserve de médicaments
Article 139. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que des mesures soient prises pour assurer la sécurité de la réserve de médicaments, notamment les suivantes :
1. Tous les endroits où sont entreposés des médicaments sont gardés verrouillés en tout temps quand ils ne sont pas utilisés.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un endroit où sont entreposés des médicaments fût verrouillé quand il n'était pas utilisé. Plus précisément, le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la salle des médicaments de l'unité Parkdale fût verrouillée quand elle n'était pas utilisée. Au cours de l'inspection, l'inspecteur a remarqué une fois une porte d'une salle des médicaments maintenue ouverte pendant qu'une ou un IAA de l'unité effectuait la distribution des médicaments à l'heure du repas et n'utilisait pas la salle, en outre aucun membre du personnel ne supervisait directement la salle des médicaments.

Source :
Observation de la porte de la salle des médicaments de l'unité Parkdale pendant l'inspection.

AVIS ÉCRIT : Rapport sur l'amélioration constante de la qualité

Problème de conformité nº 007 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de la sous-disposition 168 (1) 6. v. 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 :

v. la manière et les dates auxquelles les mesures prises en vertu des sous-dispositions i et ii ont été communiquées 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 la date à laquelle le rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité a été remis au conseil des familles et au conseil des résidents fût mentionnée dans le rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité.

Sources :

Examen du rapport du foyer sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité 2023-2024,

Entretien avec la ou le DSI.

AVIS ÉCRIT : Plans de mesures d'urgence

Problème de conformité nº 008 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)
Non-respect de la sous-disposition 268 (4) 1. ix. du Règl. de l'Ont. 246/22.
Plans de mesures d'urgence.
Paragraphe 268 (4). Le titulaire de permis veille à ce que les plans de mesures d'urgence prévoient ce qui suit :
1. La façon de faire face aux situations d'urgence, notamment :
ix. la perte d'un ou de plusieurs services essentiels.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les plans de mesures d'urgence prévoient ce qui suit : la façon de faire face aux situations d'urgence, notamment la perte d'un ou de plusieurs services essentiels, en particulier la perte de chaleur dans le foyer.

Sources :
Examen du dossier des plans de mesures d'urgence du foyer.
Entretien avec la directrice ou le directeur des opérations.

AVIS ÉCRIT : Plans de mesures d'urgence – consignation dans un dossier des mises à l'épreuve

Problème de conformité nº 009 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)
Non-respect de l'alinéa 268 (10) d) du Règl. de l'Ont. 246/22

Plans de mesures d'urgence
Paragraphe 268 (10). Le titulaire de permis prend les mesures suivantes :

d) il consigne dans un dossier les mises à l'épreuve des plans de mesures d'urgence et l'évacuation planifiée ainsi que les modifications apportées aux plans pour les améliorer.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'on consignât dans un dossier la mise à l'épreuve annuelle des plans de mesures d'urgence pour la perte de services essentiels comme suit : incendies, fuites de gaz, désastres naturels, avis d'ébullition de l'eau, éclosions d'une maladie transmissible ou d'une maladie importante sur le plan de la santé publique, épidémies, pandémies, et inondations, comme l'exige l'alinéa 268 (10) a) du Règlement de l'Ontario 246/22, pour l'année 2024, ainsi que les modifications apportées aux plans pour les améliorer.

Sources :
Demande d'examen du dossier écrit du foyer concernant la mise à l'épreuve des plans de mesures d'urgence ainsi que les améliorations apportées aux plans en se fondant sur la mise à l'épreuve.
Dossier écrit du foyer concernant la mise à l'épreuve de ses plans de mesures d'urgence pour les personnes résidentes portées disparues, pour les urgences médicales, les éruptions de violence et les phénomènes météorologiques extrêmes.
Entretien avec la directrice ou le directeur des opérations.

AVIS ÉCRIT : Site Web – rapport sur l'initiative 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 de l'alinéa 271 (1) e) du Règlement de l'Ontario 246/22

Site Web

Paragraphe 271 (1). Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qu'il y ait un site Web accessible au public qui comprend au moins les renseignements suivants :

e) le rapport en vigueur exigé au paragraphe 168 (1).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le site Web du foyer inclût le rapport en vigueur sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité pour le foyer.

Sources :

Site Web du foyer www.gracemanor.ca

Entretien avec la ou le DSI.

ORDRE DE CONFORMITÉ OC nº 001 – Formation

Problème de conformité nº 011 – Ordre de conformité aux termes de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021).

Non-respect de la disposition 82 (2) 8 de la LRSLD (2021)

Formation

Paragraphe 82 (2). Le titulaire de permis veille à ce qu'aucune personne visée au paragraphe (1) n'assume ses responsabilités avant d'avoir reçu une formation dans les domaines mentionnés ci-dessous :

8. Les mesures d'urgence et le plan d'évacuation.

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

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

A) Finaliser et mettre en œuvre un plan de mesures d'urgence relatif à la perte de chaleur et donner une formation à tous les membres du personnel, y compris au personnel d'encadrement, sur leurs rôles et leurs responsabilités pertinents dans le cadre du plan;

B) Élaborer un processus pour veiller à ce que tous les membres du personnel, y compris le personnel d'encadrement, aient un recyclage annuel sur le plan de mesures d'urgence relatif à la perte de chaleur du foyer, comme l'exige le paragraphe 82 (4) de *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*, et ce à compter de l'année civile 2026;

C) Veiller à consigner dans un dossier toutes les formations des membres du personnel concernant le plan de mesures d'urgence du foyer relatif à la perte de chaleur, en incluant le nom, le titre et la date de la formation de chaque membre du personnel formé afin de vérifier la conformité au présent ordre.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'avant d'assumer leurs responsabilités dans le foyer, tous les membres du personnel du foyer reçoivent une formation sur les procédures d'urgence et d'évacuation, plus précisément pour la formation en lien avec un événement de perte de chaleur dans le foyer. Conformément à la sous-disposition 268 (4) (1) (ix) du Règlement de l'Ontario 246/22 : le foyer doit d'une part avoir des plans de mesures d'urgence qui prévoient la façon de faire face aux situations d'urgence, et notamment la perte d'un ou de plusieurs services essentiels, y compris la panne de l'installation de chauffage du foyer, et d'autre part donner de la formation au personnel concernant ce plan. Sur demande de l'inspecteur à la directrice ou au directeur des opérations, le foyer n'a pas été en mesure de fournir un plan de mesures relatives à la perte de chaleur. Lors d'entretiens, une infirmière ou un infirmier autorisé et la directrice ou le directeur des soins infirmiers ont déclaré que les membres du personnel ne reçoivent pas de formation sur leurs responsabilités en cas de perte de chauffage dans le foyer.

Sources :
Examen du dossier des plans de mesures d'urgence du foyer.
Entretiens avec une ou un IA et la ou le DSI.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 9 avril 2025.

ORDRE DE CONFORMITÉ OC nº 002 – Service de restauration et de collation

Problème de conformité n° 012 aux termes de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021).

Non-respect de la disposition 79 (1) 5 du Règl. de l'Ont. 246/22

Service de restauration et de collation

Paragraphe 79 (1). Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer offre un service de restauration et de collation qui comprend au minimum les éléments suivants :

5. Le service de la nourriture et des liquides à une température sûre et appétissante pour les résidents.

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

A) Élaborer et mettre en œuvre un plan d'action écrit pour veiller à ce que tous les aliments et tous les liquides soient servis aux personnes résidentes à la température minimale et maximale fixée par la politique du foyer relative au contrôle en matière de sécurité des aliments.

B) Donner à tous les membres du service de diététique qui servent des aliments dans l'unité, de la formation concernant le plan d'action et les marches à suivre pertinentes à respecter si la nourriture n'est pas mesurée selon la norme minimale et maximale qui est fixée. On doit consigner toute la formation dans un dossier qui comprend les noms et les signatures des personnes qui ont reçu la formation, ainsi que la date de la formation.

C) Un membre de l'équipe de gestion effectuera des vérifications, au moins trois fois par semaine pendant quatre semaines, afin de veiller à ce que la nourriture soit servie à la température appropriée. Chaque vérification doit porter sur un petit déjeuner, un déjeuner et un dîner de différentes unités du foyer. Toutes les aires du foyer doivent faire l'objet d'une vérification au moins une fois par semaine. Si lors de la vérification on constate un écart avec les politiques, les marches à suivre ou les normes de contrôle relatives aux températures des aliments du foyer, le membre de l'équipe de gestion doit prendre des mesures correctrices immédiates pour

veiller à ce que la nourriture soit conforme à la norme des températures des aliments fixée par le foyer. On doit consigner dans un dossier toutes les vérifications, notamment la date, l'heure et le lieu de la vérification, et les mesures correctrices qui sont prises (s'il y a lieu), et ce dossier doit être conservé.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à fournir aux personnes résidentes de la nourriture à une température sûre et appétissante.

L'inspecteur a examiné les registres des températures des aliments pour décembre 2024 dans les unités Wellington House et Queen's House. On a constaté à diverses dates de décembre 2024 que dans les unités Wellington House et Queen's House, les températures de certains aliments froids étaient supérieures aux normes de température maximale du foyer, conformément aux critères figurant dans la politique du foyer. On a constaté que les températures de certains aliments chauds étaient inférieures aux normes de température minimale du foyer à une certaine date de décembre 2024 dans l'unité Queen's House. On n'avait pas établi de relevés des températures en décembre 2024 pour quatre repas dans l'unité Wellington House et pour deux repas dans l'unité Queen's House.

Les critères de la politique du foyer pour servir des aliments chauds sont d'un minimum de 140 degrés Fahrenheit (F) et d'un maximum de 40 F pour servir des aliments froids. La ou le chef du service d'alimentation a reconnu que les aliments froids ont tendance à être à une température supérieure à 40 F, qu'ils sont placés dans les buffets à salades qui sont comme un réfrigérateur, et que l'on ne prend pas les températures une deuxième fois, même si la température est supérieure à

la fourchette maximale (40 F).

Sources : Température des aliments pour le mois de décembre 2024 pour les unités Wellington House et Queen's House, politique de contrôle des températures en matière de sécurité alimentaire [*Food Safety Temperature Control Policy (FSF8)*], entretien avec la ou le chef du service d'alimentation.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 21 février 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.

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, 8e 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, 9e 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, 8e 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 https://www.hsarb.on.ca/