

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 Hamilton
119, rue King West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Rapport public

Date d'émission du rapport : 12 mars 2025
Numéro d'inspection : 2025-1266-0002
Type d'inspection : Incident critique Suivi
Titulaire de permis : Shalom Village Nursing Home
Foyer de soins de longue durée et ville : Shalom Village Nursing Home, Hamilton

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : Les 26 et 27 février 2025, du 3 au 7 et les 10 et 11 mars 2025

L'inspection a eu lieu hors site à la date suivante : 28 février 2025

Les inspections concernaient :

- Plainte no 00130819 liée au suivi no 1 - OD no 004 / 2024_1266_0004, Règlement de l'Ontario 246/22 - par. 102 (2) b), Prévention et contrôle des infections (PCI), DEC le 27 janvier 2025.
- Plainte n° 00135356 / IC n° 2775-000051-24 relative à la prévention et à la gestion des chutes
- Plainte n° 00137951 / IC n° 2775-000006-25 liée à la PCI

Les inspections effectuées concernaient :

- Plainte n° 00134836 / IC n° 2775-000048-24 relative à la prévention et à la gestion des chutes
- Plainte n° 00138693 / IC n° 2775-000007-25 liée à la PCI

Ordres de conformité délivrés antérieurement

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

Ordre n° 004 de l'inspection n° 2024-1266-0004 relativement à la disposition 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

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

- Prévention et contrôle des infections (Infection Prevention and Control)
- Foyer sûr et sécuritaire (Safe and Secure Home)
- Prévention et gestion des chutes (Falls Prevention and Management)

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

Non-conformité rectifiée

Des cas de non-conformité ont été recensés pendant cette inspection et ont été **rectifiés** par le titulaire de permis avant la conclusion de l'inspection. L'inspectrice ou l'inspecteur est satisfait(e) de la rectification des cas de non-conformité dans l'esprit du paragraphe 154 (2) et n'exige aucune autre mesure.

Problème de conformité n° 001 – rectification réalisée conformément à la disposition 154 (2) de la *LRSLD* (2021).

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

Programme de prévention et de contrôle des infections

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. Par. 102 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Le titulaire de permis n'a pas veillé à l'application de la Norme de PCI pour les foyers de soins de longue durée, datée de septembre 2023. La section 11.6 de la Norme de PCI exigeait que le FSLD affiche à ses entrées les signes et symptômes des maladies infectieuses pour permettre une autosurveillance efficace, ainsi que les instructions à suivre en cas de suspicion ou de confirmation d'infection chez une personne.

Le 4 mars 2025, les affiches requises n'étaient pas affichées à l'entrée principale du FSLD, ce qui a été confirmé par la ou le responsable de la PCI. Dans le courant de la même journée, la présence des affiches a été constatée à l'entrée principale du FSLD.

Sources : observations de l'entrée principale du FSLD, entretien avec la ou le responsable de la PCI.

Date de mise en œuvre de la rectification : 4 mars 2025

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

6 (10) Le titulaire de permis veille à ce que le résident 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 :

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 Hamilton

119, rue King West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente soit réévaluée et à ce que son programme de soins soit examiné et révisé au moins tous les six mois et à tout autre moment où les soins prévus au programme n'étaient pas efficaces.

Malgré une chute et une blessure subies par une personne résidente à une date donnée en 2024, le programme de soins n'a pas été modifié pour inclure des stratégies de prévention des chutes et des blessures connexes, alors que cela aurait dû être fait depuis 2023.

Sources : Dossier clinique de la personne résidente, rapport du système de rapport d'incidents critiques (SIC) 277-000051-24 et entretien avec la personne résidente.

AVIS ÉCRIT : Formation

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 82 (4) de la *LRSLD* (2021)

Formation

82 (4) Le titulaire de permis veille à ce que les personnes qui ont reçu la formation visée au paragraphe (2) se recyclent dans les domaines visés à ce paragraphe aux moments ou aux intervalles que prévoient les règlements.

En 2024, le titulaire de permis n'a pas assuré le recyclage du personnel concerné en matière de PCI, tel que stipulé par le par. 259 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22, puisque 15 % des employés n'ont pas reçu cette formation obligatoire. Le recyclage annuel de tout le personnel était une exigence du paragraphe 260 (1) du Règlement de l'Ontario 246/22.

Sources : dossiers de recyclage du personnel en matière de PCI, entretien avec la ou le responsable de la PCI.

AVIS ÉCRIT : Programmes de soins provisoires et programmes de soins

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 29 (3) 19 du Règl. de l'Ont. 246/22.

Programme de soins

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

19. Risques pour la sécurité.

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 Hamilton

119, rue King West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les exigences du programme de soins soient fondées, au minimum, sur une évaluation interdisciplinaire des risques pour la sécurité d'une personne résidente.

La personne résidente a fait une chute entraînant une blessure en se rendant à pied à la zone fumeurs. Le programme de soins ne prévoyait pas d'instructions pour le personnel à propos du tabagisme et des risques pour la sécurité de la personne résidente. La politique sur le tabagisme exigeait que le personnel mette à jour son programme de soins à la suite de l'évaluation annuelle du tabagisme. Le programme de soins de la personne résidente n'a pas été mis à jour conformément aux directives de la politique à la suite de sa plus récente évaluation du tabagisme.

Sources : observation de la personne résidente, dossiers cliniques de la personne résidente, politique sur le tabagisme no 005320.00, SIC 2775-000051-24, entretiens avec la direction des soins infirmiers et la personne résidente.

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

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 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Programme de prévention et de contrôle des infections

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. Par. 102 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Le titulaire de permis n'a pas veillé à l'application de la Norme de PCI pour les foyers de soins de longue durée, datée d'avril 2023. La Norme de PCI indiquait, à la section 9.1, que des précautions supplémentaires devaient être prises dans le programme de PCI, notamment f) l'utilisation appropriée de l'équipement de protection individuelle (EPI), y compris la sélection, l'application et le retrait appropriés de l'EPI.

Lors d'une inspection, il a été constaté qu'un membre du personnel n'avait pas mis l'EPI requis avant de prodiguer des soins à la personne résidente. Au moment de l'observation, la personne résidente montrait des signes d'infection et avait été déclarée positive à cette infection. Des affiches apposées à la porte de sa chambre indiquaient que des précautions supplémentaires avaient été prises. Le membre du personnel, en quittant la chambre de la personne résidente, n'a ni procédé à l'hygiène des mains malgré le risque d'exposition aux liquides organiques, ni suivi l'ordre approprié de retrait de l'EPI.

Ministère des Soins de longue duréeDivision des opérations relatives aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée**District de Hamilton**119, rue King West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

Sources : observation de la chambre de la personne résidente, dossier clinique de la personne résidente, Norme de PCI (datée de septembre 2023), politique 005090.00 « Précautions supplémentaires » (datée de novembre 2024), entretien avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Orientation

Problème de conformité n° 006 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD* (2021).

Non-respect de : la disposition 259 (2) (g) du Règl. de l'Ont. 246/22

Orientation

259 (2) Le titulaire de permis veille à ce que la formation du personnel en matière de prévention et de contrôle des infections exigée en application de la disposition 9 du paragraphe 82 (2) de la Loi comprenne ce qui suit :

g) l'utilisation d'équipement de protection individuelle, y compris les techniques appropriées d'enfilage et de retrait;

Le titulaire de permis a omis d'inclure dans le contenu de la formation PCI 2024, destinée au personnel visé par le paragraphe 82 (4) de la Loi, l'utilisation de l'EPI, notamment les techniques d'enfilage et de retrait.

Sources : Contenu de la formation du personnel en matière de PCI de 2024, entretien avec la ou le responsable de la PCI.

AVIS ÉCRIT : Orientation

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 259 (2) h) du Règl. de l'Ont. 246/22

Orientation

259 (2) Le titulaire de permis veille à ce que la formation du personnel en matière de prévention et de contrôle des infections exigée en application de la disposition 9 du paragraphe 82 (2) de la Loi comprenne ce qui suit :

h) la manipulation et l'élimination des déchets biologiques et cliniques, y compris l'équipement de protection individuelle utilisé.

Le titulaire de permis a omis d'intégrer dans la formation PCI 2024, requise par le paragraphe 82 (4) de la Loi, les directives sur la manipulation et l'élimination des déchets biologiques et cliniques, y compris les EPI usagés.

Sources : contenu de la formation du personnel en matière de PCI de 2024, entretien avec la ou le responsable de la PCI.

Ministère des Soins de longue duréeDivision des opérations relatives aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée**District de Hamilton**119, rue King West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137**AVIS ÉCRIT : Médecin-hygiéniste en chef et médecin-hygiéniste**Problème de conformité n° 008 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD* (2021).**Non-respect de : la disposition 272 du Règl. de l'Ont. 246/22**

Médecin-hygiéniste en chef et médecin-hygiéniste

272. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à assurer le respect de tous les ordres, ou conseils et toutes les directives, orientations ou recommandations applicables que formule le médecin-hygiéniste en chef ou le médecin-hygiéniste nommé en vertu de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel suive les recommandations applicables du médecin hygiéniste en chef (MHC) pendant une infection entérique confirmée. La personne responsable de la PCI a admis qu'elle utilisait l'audit d'auto-évaluation de la PCI pour les foyers de soins de longue durée et les résidences pour retraités comme outil de contrôle de la PCI, et que celui-ci n'avait pas été réalisé hebdomadairement durant l'éclosion mentionnée.

Sources : SIC 2775-000006-25, auto-évaluation de la PCI, audits sur les EPI et l'hygiène des mains, document intitulé *Recommandations pour la prévention et le contrôle des éclosions dans les établissements et les milieux de vie collectifs*, ministère de la Santé (publié en avril 2024), entretien avec la ou le responsable de la PCI.

ORDRE DE CONFORMITÉ n° 001 FenêtresProblème de conformité n° 009 – ordre de conformité aux termes de la disposition 154 (1) 2 de la *LRSLD* (2021).**Non-respect de : l'article 19 du Règl. de l'Ont. 246/22**

Fenêtres

19. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque fenêtre du foyer qui ouvre sur l'extérieur et à laquelle ont accès les résidents soit dotée d'une moustiquaire et à ce qu'elle ne puisse pas être ouverte de plus de 15 centimètres.

L'inspecteur ou l'inspectrice ordonne au titulaire de permis de respecter un ordre de conformité [al. 155 (1) a) de la *LRSLD* (2021)] :

Plus précisément, le titulaire de permis doit :

1. Vérifier toutes les fenêtres du FSLD qui donnent sur l'extérieur et sont accessibles aux personnes résidentes, afin de s'assurer que l'ouverture ne dépasse pas 15 centimètres (cm) et que chaque fenêtre est équipée d'une moustiquaire en bon état.
2. Consigner l'audit, en y indiquant la date à laquelle il a été effectué, l'emplacement de chaque fenêtre vérifiée, la mesure de l'ouverture de la fenêtre, la présence ou l'absence d'une moustiquaire intacte, les mesures correctives et la personne qui a effectué l'audit.
3. Assurer, par des mesures correctives, que l'ouverture de chaque fenêtre est limitée à 15 cm et que chaque fenêtre est dotée d'une moustiquaire intacte.

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 Hamilton

119, rue King West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

4. Maintenir un registre de l'audit et des correctifs apportés, incluant la date d'achèvement et l'identité de l'exécutant, pour consultation par l'inspectrice ou l'inspecteur du MSLD sur demande.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas assuré que chaque fenêtre du foyer, donnant sur l'extérieur et accessible aux personnes résidentes, était munie d'une moustiquaire et ne pouvait s'ouvrir de plus de 15 cm. Dans une salle à manger, des chambres des personnes résidentes et des couloirs à divers endroits du foyer, il a été constaté que plusieurs fenêtres qui donnaient sur l'extérieur et étaient accessibles aux personnes résidentes, s'ouvraient de plus de 15 cm. De plus, l'inspection a révélé que des moustiquaires manquaient à certaines fenêtres dans une salle à manger et deux couloirs.

Selon l'audit interne du foyer effectué pendant l'inspection, sur 176 fenêtres vérifiées, 43 s'ouvraient de plus de 15 cm sur l'extérieur et 17 avaient une moustiquaire endommagée ou manquante.

Le défaut de s'assurer que les fenêtres étaient bloquées à 15 cm ou moins augmentait le risque que les personnes résidentes puissent quitter le foyer sans surveillance ou que des personnes non autorisées puissent y pénétrer.

Sources : observations des fenêtres, audit interne des fenêtres du FSLD, entretiens avec la ou le gestionnaire des services environnementaux (GSE) et le superviseur de l'entretien.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 28 mars 2025.

ORDRE DE CONFORMITÉ n° 002 Services d'entretien

Problème de conformité n° 010 Ordre de conformité aux termes de la disposition 154 (1) 2 de la *LRSLD* (2021).

Non-respect de : la disposition 96 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Services d'entretien

96 (1) Dans le cadre du programme structuré de services d'entretien prévu à l'alinéa 19 (1) c) de la Loi, le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

b) des calendriers et des marches à suivre sont prévus en ce qui concerne l'entretien périodique, préventif et correctif.

L'inspecteur ou l'inspectrice ordonne au titulaire de permis de respecter un ordre de conformité [al. 155 (1) a) de la *LRSLD* (2021)] :

Plus précisément, le titulaire de permis doit :

1. Préparer et mettre en œuvre une procédure et un calendrier pour l'entretien courant, préventif et correctif des fenêtres du FSLD, en précisant la fréquence de la réalisation des audits préventifs

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 Hamilton

119, rue King West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

et l'identité de la personne responsable de leur exécution.

2. S'assurer que les audits sont effectués à la fréquence requise et que les mesures correctives appropriées sont prises conformément à la procédure d'entretien.

3. Garder en dossier l'ensemble des audits et des mesures correctives appliquées, avec la date de fin et le nom de l'intervenant, afin de les mettre à disposition de l'inspectrice ou de l'inspecteur du MSLD sur demande.

Motifs

Dans le cadre du programme structuré de services d'entretien prévu à l'alinéa 19 (1) c) de la Loi, le titulaire de permis ne s'est pas assuré que des calendriers et des marches à suivre soient prévus en ce qui concerne l'entretien périodique, préventif et correctif. Il a été constaté que les fenêtres du FSLD, donnant sur l'extérieur et accessibles aux personnes résidentes, n'étaient pas entretenues de manière adéquate dans l'ensemble du bâtiment.

L'inspection a révélé que plusieurs fenêtres du FSLD étaient en état de délabrement. Les cadres de fenêtres à auvent et les châssis de fenêtres coulissantes horizontales n'étaient pas correctement installés, les moustiquaires étaient déchirées et ne s'adaptaient pas correctement, et les vis qui étaient en place pour limiter les ouvertures de fenêtres avaient été retirées des rails inférieurs des châssis. Il a été observé qu'une fenêtre à l'extrémité d'un couloir au deuxième étage du foyer avait été modifiée par le retrait de vis, permettant ainsi une ouverture de 36 cm vers l'extérieur. De plus, plusieurs fenêtres présentaient des dysfonctionnements à l'ouverture, à la fermeture ou au verrouillage, et un panneau de signalisation d'entretien indiquait qu'une fenêtre dans la chambre d'une personne résidente ne devait pas être ouverte.

Le titulaire de permis n'avait mis en place ni procédure écrite pour la surveillance de l'état des fenêtres du FSLD par la ou le GSE, ni plan correctif pour remédier aux problèmes en temps voulu. Aucun calendrier d'entretien ni aucun audit n'avaient été mis en place pour assurer qu'un membre du personnel désigné procède à la surveillance préventive des fenêtres. Le GSE a déclaré ignorer l'état défectueux ou la détérioration des fenêtres du FSLD et a admis qu'aucun audit n'avait été réalisé pour quantifier et détailler ces dégradations avant que les inspectrices ou inspecteurs du MSLD ne fassent part de leurs inquiétudes lors de cette inspection.

En négligeant la surveillance de l'état des fenêtres, le foyer a laissé une détérioration s'installer insidieusement, accroissant significativement les risques de fuites de résidents ou d'intrusions extérieures. De plus, les fenêtres mal ajustées et les moustiquaires endommagées ont créé un terrain propice aux invasions de parasites tout en compromettant la régulation thermique des lieux.

Sources : observations des fenêtres, audit interne des fenêtres du FSLD, dossiers de courriels de l'administratrice ou de l'administrateur par intérim, entretiens avec la ou le GSE et le superviseur de l'entretien.

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 Hamilton

119, rue King West, 11^e étage

Hamilton (Ontario) L8P 4Y7

Téléphone : 800 461-7137

Le titulaire du permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 22 avril 2025.

Ministère des Soins de longue duréeDivision des opérations relatives aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée**District de Hamilton**119, rue King West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

INFORMATIONS POUR UNE RÉVISION/UN 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 à la directrice ou 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 la directrice ou le directeur doit être présentée par écrit et signifiée à la directrice ou 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 la directrice ou 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 :

Directrice ou directeur

a/s de la coordonnatrice ou 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

Si la signification se fait :

- a) par courrier recommandé, elle est réputée être faite le cinquième jour qui suit le jour de l'envoi;
- b) par courriel, elle est réputée être faite le lendemain, si le document a été signifié après 16 heures;
- c) par messagerie commerciale, elle est réputée être faite le deuxième jour ouvrable après le jour

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 Hamilton

119, rue King West, 11^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4Y7
Téléphone : 800 461-7137

où la messagerie commerciale reçoit le document.

Si une copie de la décision de la directrice ou du directeur n'est pas signifiée au titulaire de permis dans les 28 jours suivant la réception de la demande de réexamen présentée par le titulaire de permis, le ou les présents ordres et le présent avis de pénalité administrative sont réputés confirmés par la directrice ou le directeur et, aux fins d'un appel interjeté devant la CARSS, la directrice ou le directeur est réputé avoir signifié au titulaire de permis une copie de ladite décision à l'expiration du délai 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 de la directrice ou du directeur, rendue en vertu de l'article 169 de la Loi, concernant l'ordre de conformité (par. 155) ou l'APA (par. 158) d'une inspectrice ou d'un inspecteur.

La CARSS est un tribunal indépendant qui n'a aucun lien avec le ministère. Il est établi 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 suivants la date à laquelle il a reçu une copie de l'ordre, de l'APA ou de la décision de la directrice ou du directeur qui fait l'objet de l'appel. L'avis d'appel doit être remis à la fois à la CARSS et à la directrice ou au directeur :

Commission d'appel et de révision des services de la santé

À l'attention du registrateur
151, rue Bloor Ouest, 9^e étage
Toronto (Ontario) M5S 1S4

Directrice ou directeur

a/s de la coordonnatrice ou 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.

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 Hamilton

119, rue King West, 11^e étage

Hamilton (Ontario) L8P 4Y7

Téléphone : 800 461-7137