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 :** 12 mai 2025. |
| **Numéro d'inspection :** 2025-1364-0003 |
| **Type d'inspection :**<br>Plainte<br>Incident critique<br>Suivi |
| **Titulaire de permis :** The Royale Development GP Corporation as general partner of The Royale Development LP |
| **Foyer de soins de longue durée et ville :** Granite Ridge Community, Stittsville |

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 15, 16, 17, 22, 23, 24, 25, 28, 29 et 30 avril, et 1er, 2, 5, 6, 8 et 9 mai 2025.

L'inspection concernait :

- le registre nº 00142744 – suivi d'un ordre de conformité ayant trait à la prévention et au contrôle des infections;
- le registre nº 00139010 – ayant trait à une éclosion de maladie entérique;
- le registre nº 00140959, et le registre nº 00142626 – ayant trait à la chute d'une personne résidente qui a occasionné un changement important dans son état de santé;
- le registre nº 00143377 - 2879-000020-25 – ayant trait à un cas allégué de négligence envers une personne résidente de la part d'un membre du personnel;
- le registre nº 00143461 - 2879-000021-25 – plainte ayant trait à un cas allégué de négligence envers une personne résidente de la part d'un membre du personnel et à la prévention des chutes;

- le registre nº 00144672, le registre nº 00144749, le registre nº 00136644, et le registre nº 00143769 - ayant trait à des mauvais traitements d'ordre sexuel envers une personne résidente de la part d'une personne résidente;
- le registre nº 00139251 – plainte ayant trait à des soins fournis et à l'administration de médicaments à une personne résidente;
- le registre nº 00140853 – plainte ayant trait à des soins et à des services fournis à une personne résidente;
- le registre nº 00142477 – plainte ayant trait à la surveillance de la température ambiante et à l'administration de médicaments;
- le registre nº 00144254 – plainte ayant trait à un cas allégué de mauvais traitements et de négligence envers une personne résidente.

## Ordre(s) de conformité délivré(s) antérieurement

L'inspection a établi la conformité à l'ordre ou aux ordres de conformité suivants délivrés antérieurement :
Ordre nº 001 émis dans le cadre de l'inspection nº 2025-1364-0002 concernant l'alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22.

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

Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
Gestion des médicaments
Alimentation, nutrition et hydratation
Prévention et contrôle des infections
Foyer sûr et sécuritaire
Prévention des mauvais traitements et de la négligence
Comportements réactifs
Rapports et plaintes
Prévention et gestion des chutes

# RÉSULTATS DE L'INSPECTION

## AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité nº 001 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)
**Non-respect de l'alinéa 6 (1) a) de la LRSLD (2021)**
Programme de soins
Paragraphe 6 (1). Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soit adopté, pour chaque résident, un programme de soins écrit qui établit ce qui suit :
a) les soins prévus pour le résident.
Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins écrit de deux personnes résidentes établît les soins prévus pour les personnes résidentes.

1. L'inspectrice a remarqué qu'une personne résidente avait un tapis de protection antichute sur le sol quand elle était au lit. Un examen du programme de soins écrit de la personne résidente et un entretien avec la directrice ou le directeur associé des soins infirmiers confirmaient que les mesures d'intervention pour la personne résidente ne figuraient pas dans le programme de soins écrit.

Sources : Observation de l'inspectrice, dossiers médicaux de la personne résidente, et entretien avec la directrice ou le directeur associé des soins infirmiers.

2. Une personne résidente a fait une chute à une date déterminée. Les documents postérieurs à la chute indiquaient que la personne résidente avait une alarme de lit et de fauteuil en place. Un examen des dossiers médicaux de la personne résidente,

y compris du programme de soins écrit, et un entretien avec la directrice ou le directeur associé des soins infirmiers ont confirmé que ces mesures d'intervention relatives aux chutes ne figuraient pas dans le programme de soins avant ou après la chute de la personne résidente.

Sources : Documents postérieurs à la chute, dossiers médicaux de la personne résidente et entretien avec la directrice ou le directeur associé des soins infirmiers.

## AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité nº 002 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)
**Non-respect de l'alinéa 6 (1) c) de la LRSLD (2021)**
Programme de soins
Paragraphe 6 (1). Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soit adopté, pour chaque résident, un programme de soins écrit qui établit ce qui suit :
c) des directives claires à l'égard du personnel et des autres personnes qui fournissent des soins directs au résident.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins écrit d'une personne résidente établît des directives claires à l'égard du personnel et des autres personnes qui lui fournissaient des soins directs.

À une date déterminée, le titulaire de permis a été informé que la personne résidente avait des préférences particulières en matière d'alcool. La directrice ou le directeur des soins infirmiers a indiqué que ces préférences seraient incluses dans le programme de soins. Un examen du programme de soins de la personne résidente révélait que ces préférences ne l'étaient pas. Cette omission a été

confirmée par la directrice ou le directeur des programmes aux personnes résidentes et la directrice ou le directeur associé des soins infirmiers.

Sources : Dossiers médicaux de la personne résidente et entretiens avec la directrice ou le directeur des programmes aux personnes résidentes et la directrice ou le directeur associé des soins infirmiers.

## AVIS ÉCRIT : Obligation de protéger

Problème de conformité nº 003 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).
**Non-respect du paragraphe 24 (1) de la LRSLD (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.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à protéger une personne résidente contre la négligence de deux personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP).

Selon l'article 7 du Règlement de l'Ontario 246/22, « "négligence" s'entend du défaut de fournir à un résident les traitements, les soins, les services ou l'aide nécessaires à sa santé, à sa sécurité ou à son bien-être. S'entend en outre d'une inaction ou d'une tendance à l'inaction qui compromet la santé, la sécurité ou le bien-être d'un ou de plusieurs résidents. »

La mandataire ou le mandataire spécial (MS) d'une personne résidente a signalé à la directrice ou au directeur associé des soins infirmiers (DASI) une allégation de

négligence concernant une chute que la personne résidente avait faite en tombant de son lit. La ou le MS a allégué que, d'après son examen d'une séquence de la surveillance vidéo, la personne résidente avait été laissée sans surveillance sur le sol pendant une certaine durée après la chute.

La personne résidente était reconnue pour présenter un risque élevé de faire des chutes et les mesures d'intervention figurant dans son programme de soins comportaient des contrôles de sécurité à intervalles réguliers.

L'enquête interne du titulaire de permis a déterminé qu'après sa chute la personne résidente n'avait pas reçu d'assistance pendant une certaine durée. De plus, le titulaire de permis a déterminé que deux PSSP avaient faussement indiqué qu'elles avaient effectué des contrôles de sécurité de la personne résidente.

La directrice générale ou le directeur général a reconnu que, pendant l'enquête interne, on avait été en mesure de déterminer que les deux PSSP n'avaient pas respecté le programme de soins de la personne résidente, ce qui avait eu pour conséquence qu'elle avait été laissée sans surveillance.

Sources : Dossiers médicaux de la personne résidente, notes d'enquête interne du titulaire de permis, et entretien avec la directrice générale ou le directeur général.

## AVIS ÉCRIT : Marche à suivre relative aux plaintes – titulaires de permis

Problème de conformité nº 004 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)
**Non-respect de l'alinéa 26 (1) c) de la LRSLD (2021)**

Marche à suivre relative aux plaintes – titulaires de permis
Paragraphe 26 (1). Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée prend les mesures suivantes :
c) il transmet immédiatement au directeur, de la manière énoncée dans les règlements, les plaintes écrites qu'il reçoit concernant les soins fournis à un résident ou l'exploitation d'un foyer si elles sont présentées sous la forme prévue par les règlements et qu'elles sont conformes à toute autre exigence que prévoient les règlements.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à transmettre immédiatement au directeur une plainte écrite relative à des préoccupations concernant les soins fournis à une personne résidente. Il n'y avait aucun document pour confirmer que la plainte écrite avait été transmise au directeur, et la directrice ou le directeur associé des soins infirmiers (DASI) a reconnu qu'elle n'avait pas été soumise.

Sources : Plainte écrite, examen du rapport du Système de rapport d'incidents critiques, et entretiens avec la directrice ou le directeur associé des soins infirmiers et la directrice ou le directeur des soins infirmiers.

## AVIS ÉCRIT : Obligation du titulaire de permis d'enquêter, de répondre et d'agir

Problème de conformité nº 005 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)
**Non-respect du sous-alinéa 27 (1) a) (ii) de la LRSLD (2021)**
Obligation du titulaire de permis d'enquêter, de répondre et d'agir
Paragraphe 27 (1). Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

a) les incidents suivants qui sont allégués, soupçonnés ou observés et dont il a connaissance ou dont il lui est fait rapport font l'objet d'une enquête immédiate :
(ii) la négligence envers un résident de sa part ou de la part du personnel.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un incident allégué de négligence envers une personne résidente fît l'objet d'une enquête immédiate. À une date déterminée, une lettre de plainte a été envoyée par courriel au titulaire de permis concernant des allégations de négligence envers une personne résidente de la part du personnel. Le titulaire de permis n'a fait aucune enquête sur l'incident.

Sources : Plainte et lettres de réponse; entretiens avec la directrice ou le directeur associé des soins infirmiers et la directrice ou le directeur des soins infirmiers.

## AVIS ÉCRIT : Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

Problème de conformité nº 006 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)
**Non-respect de la disposition 28 (1) 1 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 :
1. L'administration d'un traitement ou de soins à un résident de façon inappropriée ou incompétente, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à faire immédiatement rapport au directeur d'une plainte écrite émanant d'un membre de la famille d'une personne résidente

concernant des soins administrés à la personne résidente de façon inappropriée.

Sources : Plainte et lettres de réponse; entretien avec la directrice ou le directeur associé des soins infirmiers et la directrice ou le directeur des soins infirmiers.

## AVIS ÉCRIT : Température ambiante

Problème de conformité nº 007 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)
**Non-respect du paragraphe 24 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22**
Température ambiante
Paragraphe 24 (1). Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que la température ambiante du foyer soit maintenue à au moins 22 degrés Celsius.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à maintenir la température ambiante du foyer à au moins 22 degrés Celsius.

À une date et à une heure déterminées, l'inspectrice a remarqué que la température dans la chambre d'une personne résidente était en dessous du minimum requis.

Sources : Observation de l'inspectrice et entretien avec le partenaire en services environnementaux.

## AVIS ÉCRIT : Température ambiante

Problème de conformité nº 008 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)
**Non-respect du paragraphe 24 (3) du Règl. de l'Ont. 246/22**
Température ambiante
Paragraphe 24 (3). La température qui doit être mesurée en application du paragraphe (2) est consignée au moins une fois le matin, une fois l'après-midi, entre 12 h et 17 h, et une fois le soir ou la nuit.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la température ambiante qui doit être mesurée fût consignée au moins une fois le matin, une fois l'après-midi entre 12 h et 17 h, et une fois le soir ou la nuit pendant un total combiné de 20 jours au cours d'un mois. En outre, pendant huit jours déterminés, le titulaire de permis n'a pas documenté les températures ambiantes une fois le soir ou la nuit.

Sources : Registres des températures ambiantes, entretiens avec le partenaire en services environnementaux et la directrice générale ou le directeur général.

## AVIS ÉCRIT : Programmes obligatoires

Problème de conformité nº 009 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)
**Non-respect de la disposition 53 (1) 1 du Règl. de l'Ont. 246/22.**
Programmes obligatoires
Paragraphe 53 (1). Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soient élaborés et mis en œuvre au foyer les programmes interdisciplinaires suivants :
1. Un programme de prévention et de gestion des chutes visant à diminuer le nombre de chutes et les risques de blessure.
Le titulaire de permis n'a pas veillé à respecter, pour une personne résidente, le programme de prévention et de gestion des chutes du foyer.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis est tenu d'avoir un programme de prévention et de gestion des chutes visant à diminuer le nombre de chutes et les risques de blessure, et ce programme doit être respecté.

Plus précisément, le personnel n'a pas respecté la politique intitulée prévention et gestion des chutes (*Falls Prevention and Management*) qui ordonne au personnel d'entreprendre un examen de routine pour traumatisme crânien pour toutes les chutes sans témoin. À une date et à une heure déterminées, une personne résidente a subi une chute sans témoin, et l'on n'a trouvé aucune documentation dans le dossier de la personne résidente pour confirmer que l'on avait effectué l'examen de routine pour traumatisme crânien.

Sources : Politique intitulée prévention et gestion des chutes (*Falls Prevention and Management*), dossiers médicaux de la personne résidente, et entretien avec la directrice ou le directeur associé des soins infirmiers.

## AVIS ÉCRIT : Changement de poids

Problème de conformité nº 010 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).
**Non-respect de l'article 75.1 du Règl. de l'Ont. 246/22**
Changements de poids
Article 75. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les résidents dont le poids subit les changements suivants soient évalués au moyen d'une méthode interdisciplinaire et à ce que des mesures soient prises et les résultats évalués :
1. Un changement d'au moins 5 pour cent du poids corporel survenu sur un mois.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à évaluer une personne résidente au moyen d'une méthode interdisciplinaire lorsqu'un changement de plus de cinq pour cent de son poids corporel était survenu en un mois.

Lors d'une période donnée, une personne résidente a subi un gain de poids de plus de cinq pour cent. La diététiste professionnelle ou le diététiste professionnel et une infirmière ou un infirmier auxiliaire autorisé ont confirmé que l'on n'avait pas effectué d'évaluation.

Sources : Dossiers médicaux de la personne résidente et entretien avec la diététiste professionnelle ou le diététiste professionnel et une infirmière ou un infirmier auxiliaire autorisé.

## AVIS ÉCRIT : Traitement des plaintes

Problème de conformité nº 011 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)
**Non-respect de la disposition 108 (1) 1 du Règl. de l'Ont. 246/22.**
Traitement des plaintes
Paragraphe 108 (1). Le titulaire de permis veille à ce que chaque plainte écrite ou verbale qu'il reçoit ou que reçoit un membre du personnel concernant les soins fournis à un résident ou l'exploitation du foyer soit traitée comme suit :
1. La plainte fait l'objet d'une enquête et d'un règlement, dans la mesure du possible, et une réponse conforme à la disposition 3 est donnée dans les 10 jours ouvrables qui suivent la réception de la plainte. S'il est allégué dans la plainte qu'un préjudice ou un risque de préjudice, notamment un préjudice physique, a été causé à un ou plusieurs résidents, l'enquête est menée immédiatement.

Le titulaire de permis n'a pas veillé d'une part à enquêter sur une plainte écrite concernant des préoccupations relatives à des soins fournis à une personne résidente, et d'autre part à fournir une réponse conforme à la disposition 3.

Lors d'un entretien, la directrice ou le directeur associé des soins infirmiers (DASI) a reconnu que le foyer n'avait pas enquêté sur les préoccupations relatives aux soins fournis à la personne résidente. Un examen de la réponse que la ou le DASI avait envoyée par courriel révélait qu'elle ne comportait pas les exigences (i) et (iii) de la disposition 3.

Sources : Plainte écrite, réponse par courriel et entretien avec la directrice ou le directeur associé des soins infirmiers.

## AVIS ÉCRIT : Système de gestion des médicaments

Problème de conformité nº 012 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)
**Non-respect de l'alinéa 123 (3) a) du Règl. de l'Ont. 246/22**
Système de gestion des médicaments
Paragraphe 123 (3). Les politiques et protocoles écrits doivent : a) être élaborés, mis en œuvre, évalués et mis à jour conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à mettre en œuvre les politiques et protocoles écrits élaborés pour le système de gestion interdisciplinaire des médicaments qui prévoient une gestion sécuritaire des médicaments et qui maximisent les résultats d'une pharmacothérapie efficace pour les personnes résidentes.

Plus précisément, une infirmière ou un infirmier auxiliaire autorisé (IAA) et une infirmière ou un infirmier autorisé (IA) n'ont pas respecté, lors de deux dates et

heures déterminées, la politique intitulée comptages des substances désignées et des narcotiques (*Controlled Substances & Narcotic Counts*). La politique ordonnait au personnel de veiller à l'exactitude du comptage en ayant une infirmière ou un infirmier ou bien un membre de l'équipe énoncer verbalement le nom de la personne résidente, le nom et le dosage du médicament et le nombre de chaque substance désignée ou narcotique dénombré, à l'intention de la deuxième infirmière ou du deuxième infirmier ou bien du membre de l'équipe, qui inscrira le nombre de médicaments ou de narcotiques sous l'intitulé du médicament pertinent figurant sur la feuille de comptage du quart de travail.
À des dates et heures déterminées, l'inspectrice a remarqué l'IAA et l'IA qui remplissaient à l'avance la feuille de comptage du quart de travail pour les narcotiques avant d'effectuer le comptage avec le deuxième membre du personnel autorisé.

Sources : Observations de l'inspectrice, politique du titulaire de permis intitulée comptages des substances désignées et des narcotiques (*Controlled Substances & Narcotic Counts*), entretiens avec une infirmière ou un infirmier auxiliaire autorisé, une infirmière ou un infirmier autorisé et la directrice ou le directeur des soins infirmiers.

## ORDRE DE CONFORMITÉ OC nº 001 – Température ambiante

Problème de conformité nº 013 – Ordre de conformité aux termes de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021).
**Non-respect du paragraphe 24 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22**
Température ambiante
Paragraphe 24 (2). Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que la température soit mesurée et consignée, au minimum, dans les aires suivantes du foyer :
1. Au moins deux chambres à coucher de résidents dans différentes parties du foyer.

2. Une aire commune pour les résidents à chaque étage du foyer, y compris un salon, une aire où mangent les résidents ou un couloir.
3. Chaque aire de refroidissement désignée, s'il y en a dans le foyer.

**L'inspectrice 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) Élaborer et mettre en œuvre une marche à suivre pour surveiller et documenter les températures ambiantes du foyer conformément aux exigences prévues par la loi.

B) Rééduquer tous les membres du personnel autorisé chargés de surveiller et de documenter les températures ambiantes du foyer sur la marche à suivre relative à la surveillance et à la documentation des températures ambiantes.

C) Effectuer pendant quatre semaines consécutives des vérifications hebdomadaires des températures ambiantes documentées pour veiller à la conformité.

D) Prendre des mesures correctives immédiates si l'on repère des écarts par rapport à la marche à suivre.

E) Consigner dans un dossier tout ce qui est requis aux points A à D du présent ordre de conformité jusqu'à ce que le ministère des Soins de longue durée estime que le titulaire de permis s'est conformé au présent ordre.

**Motifs**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à surveiller et à documenter les températures ambiantes dans les aires requises du foyer pendant une période déterminée sur

un total combiné de 20 jours.

Lors d'un entretien, la directrice générale ou le directeur général a confirmé que les températures ambiantes n'avaient pas été surveillées ni documentées pendant les 20 jours.

Sources : Registres des températures ambiantes, entretiens avec le partenaire en services environnementaux et la directrice générale ou le directeur général.

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le** 11 juillet 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/