

Rapport public

Date d'émission du rapport : 27 février 2025
Numéro d'inspection : 2025-1116-0001
Type d'inspection : Autre Plainte Incident critique Suivi
Titulaire de permis : Glen Hill Terrace Christian Homes Inc.
Foyer de soins de longue durée et ville : Glen Hill Strathaven, Bowmanville

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : Les 19, 20, 24, 25, 26 et 27 février 2025

Les inspections concernaient :

- Plainte : N° 00133269 - IC 2605-000042-24 - Chute d'une personne résidente entraînant son transfert à l'hôpital.
- Plainte : N° 00133551 - Suivi n° 01 - Ordre de conformité n° 001 / 2024-1116-0004, Règl. de l'Ont. 246/22, al. 78 (3) b) Production d'aliments, échéance de conformité le 14 février 2025.
- Plainte : N° 00136036 - Plainte au nom d'une personne résidente concernant son évaluation avant son transfert à l'hôpital.
- Plainte : N° 00136100 - IC 2605-000001-25 - Soins inappropriés ou incompetents dispensés à une personne résidente.
- Plainte : N° 00138174 - Plainte concernant la sécurité et les comportements réactifs.
- Plainte : N° 00139089 - Attestation du plan de mesures d'urgence non reçue.

Les inspections effectuées concernaient :

- Plainte : N° 00139368 - IC 2605-000004-25 - Chute d'une personne résidente entraînant une fracture.
- Plainte : N° 00137931 - IC 2605-000002-25 - Chute d'une personne résidente entraînant une lacération.

Ordres de conformité délivrés antérieurement

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

Ordre n° 001 de l'inspection n° 2024-1116-0004 relativement à la disposition 78 (3) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

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

- Alimentation, nutrition et hydratation (Food, Nutrition and Hydration)
- Prévention et contrôle des infections (Infection Prevention and Control)
- Foyer sûr et sécuritaire (Safe and Secure Home)
- Prévention des mauvais traitements et de la négligence (Prevention of Abuse and Neglect)
- Rapport et plaintes (Reporting and Complaints)
- 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 : de la disposition 267 (2) a) du Règl. de l'Ont. 246/22,

Politique relative aux visiteurs

267 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée tient un registre des visiteurs pendant une période minimale de 30 jours qui comprend au moins :

- (a) le nom et les coordonnées du visiteur;

Le 26 février 2025, le numéro de téléphone du visiteur a été ajouté au registre des visiteurs d'une personne résidente.

Date de mise en œuvre de la rectification : 26 février 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).

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Non-respect de : de la disposition 6 (1) c) de la LRSLD (2021)

Programme de soins

6 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soit adopté, pour chaque personne résidente, 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 ne s'est pas assuré que le programme de soins de la personne résidente n° 003 fournissait des directives claires au personnel concernant les interventions en cas de chute.

Le programme de soins de la personne résidente n° 003 ne précisait ni le risque de chute, ni la présence d'une chaise d'aisance près du lit, ni les interventions (alarme de lit, calendrier de toilette) prévues lors de l'évaluation post-chute.

La directrice ou le directeur adjoint(e) des soins infirmiers (DASI) a reconnu que le programme de soins de la personne résidente n° 003 ne fournissait pas d'instructions claires au personnel.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente n° 003, politique de prévention et de gestion des chutes n° VII-G-60.0, révisée en février 2023, entretiens avec la ou le préposé(e) aux services de soutien à la personne (PSSP), la ou le physiothérapeute n° 119, l'infirmière ou infirmier autorisé(e) (IA) n° 120, la directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI) n° 102 et la directrice ou le directeur adjoint(e) des soins infirmiers (DASI) n° 104.

AVIS ÉCRIT : Comportements et altercations

Problème de conformité n° 003 Avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : Règl. de l'Ont. 246/22, par. 60

Comportements et altercations

Par. 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;

Le titulaire de permis ne s'est pas assuré que des interventions étaient en place pour les personnes résidentes qui risquaient de subir un préjudice de la part d'une personne résidente présentant des troubles du comportement, et que le risque d'altercations et d'interactions potentiellement néfastes entre les personnes résidentes était réduit au minimum.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

La personne résidente n° 005 n'a pas bénéficié d'une surveillance individuelle pendant les quarts de soirée et de jour en janvier et février 2025, ce qui a exposé les autres personnes résidentes à un risque de préjudice.

Sources : IL-0136276-CE, dossiers cliniques de la personne résidente n° 005, entretiens avec la ou le DSI, la ou le responsable du programme Soutiens en cas de troubles du comportement en Ontario (STCO), le plaignant n° 117.

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

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 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 ne s'est pas assuré que le personnel respecte la Norme de prévention et de contrôle des infections (NPCI) pour les foyers de soins de longue durée, publiée par la directrice ou le directeur.

Conformément à l'exigence supplémentaire 9.1 b) de la Norme de prévention et de contrôle des infections (NPCI) pour les foyers de soins de longue durée (avril 2022, révisée en septembre 2023), le titulaire de permis ne s'est pas assuré que les pratiques courantes et les précautions supplémentaires du programme de NPCI sont suivies en ce qui concerne l'hygiène des mains, y compris, mais sans s'y limiter, aux quatre moments de l'hygiène des mains (avant le contact initial avec la personne résidente ou son environnement; avant toute intervention aseptique; après un risque d'exposition à des liquides organiques et après le contact avec la personne résidente ou son environnement). Le 20 février 2025, l'infirmière ou l'infirmier auxiliaire autorisé(e) (IAA) n° 112 a ramassé un objet sur le sol, puis a manipulé la nourriture de la personne résidente et n'a pas pratiqué l'hygiène des mains comme l'exigeaient les règles.

Sources : Observation et entretiens avec l'IAA n° 112 et la ou le responsable de la NPCI n° 105.

AVIS ÉCRIT : Rapport et plaintes

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 108 (1) 3. ii. du Règl. de l'Ont. 246/22

Traitement des plaintes

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 :

3. La réponse fournie à l'auteur d'une plainte comprend ce qui suit :

ii. une explication de ce qui suit, selon le cas :

A. les mesures prises par le titulaire de permis pour régler la plainte,

B. le fait que le titulaire de permis croit la plainte non fondée, motifs à l'appui,

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le ou la plaignant(e) reçoive une explication des mesures prises pour résoudre toute plainte verbale déposée auprès de lui.

Un ou une plaignant(e) a soumis une plainte verbale au titulaire de permis le 27 janvier 2025 à propos de problèmes de sécurité en lien avec une personne résidente et n'a pas reçu de réponse écrite après la fin d'une enquête sur l'incident.

Sources : IL-0136276-CE, dossiers cliniques de la personne résidente n° 005, dossier de plainte du foyer de SLD, entretiens avec le ou la plaignant(e) et la ou le DSI.

AVIS ÉCRIT : Traitement des plaintes

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 108 (2) c) du Règl. de l'Ont. 246/22

Traitement des plaintes

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

c) le type de mesures prises pour régler la plainte, notamment la date où elles ont été prises, l'échéancier des mesures à prendre et tout suivi nécessaire;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à la tenue d'un dossier au foyer précisant les mesures prises (nature, date, délais) et le suivi requis pour le règlement de la plainte.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est
33, rue King Ouest, 4e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Il ressort de l'examen de la documentation postérieure à l'enquête que l'existence d'un dossier des mesures correctives et du suivi de la plainte n'a pu être établie. Selon l'administratrice ou l'administrateur, aucune mesure de suivi particulière n'avait été mise en place pour assurer la résolution de la plainte.

Sources : Rapport d'incident critique n° 2605-000001-25, réponse par courriel au plaignant, dossiers cliniques de la personne résidente n° 002, entretien avec l'administratrice ou l'administrateur

AVIS ÉCRIT : Exigences supplémentaires, art. 26 de la Loi

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 109 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Exigences supplémentaires, art. 26 de la Loi

109(1) La plainte que le titulaire de permis est tenu de transmettre immédiatement au directeur en application de l'alinéa 26 (1) c) de la Loi est une plainte alléguant un préjudice ou risque de préjudice, notamment, un préjudice physique à un ou plusieurs résidents.

Le titulaire de permis a omis de signaler sans délai à la direction une plainte émanant d'une ou d'un MS signalant un risque de préjudice lié à l'absence de transfert hospitalier initial d'une personne résidente malade.

À une date donnée en décembre 2024, la personne résidente n° 002 a été transférée à l'hôpital après l'évaluation par le personnel d'un changement soudain de son état. La ou le MS avait fait part au personnel de ses préoccupations quant à la détérioration de l'état de la personne résidente n° 002, qui, selon elle ou selon lui, n'avaient pas été prises en compte par le personnel avant la survenue de l'événement aigu. La ou le MS a communiqué avec l'administrateur/administratrice pour déposer une plainte verbale le jour où la personne résidente a été transférée à l'hôpital.

Sources : Rapport d'incident critique n° 2605-000001-25, dossiers cliniques de la personne résidente n° 002, dossier d'enquête du foyer de SLD, entretiens avec l'administrateur/administratrice et l'infirmière praticienne/l'infirmier praticien.

AVIS ÉCRIT Titulaire de permis : rapport d'enquête visé au par. 27 (2) de la Loi

Problème de conformité n° 008 – avis écrit remis au titre de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD* (2021).

Non-respect de : la disposition 112 (1) 2. iii. du Règl. de l'Ont. 246/22.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est
33, rue King Ouest, 4e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Titulaire de permis : rapport d'enquête visé au par. 27 (2) de la Loi

112 (1) Lorsqu'il fait rapport au directeur en application du paragraphe 27 (2) de la Loi, le titulaire de permis communique par écrit les renseignements suivants à l'égard de l'incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitement d'un résident de la part de qui que ce soit ou de négligence envers un résident de la part du titulaire de permis ou du personnel qui a donné lieu au rapport :

2. Une description des particuliers impliqués dans l'incident, notamment :
- iii. le nom des membres du personnel qui sont intervenus ou qui interviennent suite à l'incident.

Dans un rapport à la directrice ou au directeur en vertu du paragraphe 27 (2) de la Loi, le titulaire de permis n'a pas fourni les noms des membres du personnel qui étaient présents ou qui ont découvert un incident de négligence présumée.

L'administrateur/administratrice a indiqué qu'un rapport d'incident critique n° 2605-000001-25 soumis pour mauvais traitements ou soins incompetents présumés ne fournissait pas les noms des membres du personnel soignant impliqués dans les soins de la personne résidente n° 002 à une date donnée en décembre 2024.

Sources : Rapport d'incident critique n° 2605-000001-25, entretien avec l'administrateur/administratrice.

AVIS ÉCRIT Attestation

Problème de conformité n° 009 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD* (2021).

Non-respect de : la disposition 270 (3) du Règl. de l'Ont. 246/22

Attestation

270 (3) Le titulaire de permis veille à ce que l'attestation soit présentée une fois par année au directeur.

Le titulaire de permis ne s'est pas assuré que le formulaire d'attestation des mesures d'urgence était soumis annuellement à la directrice ou au directeur.

L'examen du formulaire d'attestation (rempli le 16 décembre 2024) a révélé un non-respect des délais prescrits, le personnel ministériel n'ayant pas constaté sa soumission avant la fin 2024.

Sources : Formulaire d'attestation du plan de mesures d'urgence, documentation remise par l'inspecteur/l'inspectrice n° 000745.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est
33, rue King Ouest, 4e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

ORDRE DE CONFORMITÉ n° 001 Programme de prévention et de contrôle des infections

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 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

L'inspectrice ou l'inspecteur ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de conformité[] :

La ou le responsable de la NPCI est tenu d'élaborer un plan écrit décrivant les responsabilités relatives à la vérification et au réapprovisionnement des présentoirs de fournitures d'EPI à chaque quart de travail. Ce plan doit désigner les personnes responsables de la surveillance et du réapprovisionnement des fournitures. Il doit traiter des procédures de remplacement rapide des présentoirs d'EPI en cas d'interruptions temporaires, comme les exercices d'incendie ou d'autres situations nécessitant le dégagement des couloirs. Le personnel doit disposer d'une liste de contrôle à suivre lors de l'application ou de la levée des mesures de précaution pour une personne résidente. Cette liste de contrôle devrait comprendre, sans s'y limiter, les éléments suivants :

Lors de l'application de mesures de précaution à une personne résidente :

- Désignation d'une ou de personnes-ressources chargées d'afficher une signalisation de précaution adéquate, indiquant le lit concerné.
- Remplissage des présentoirs de fournitures d'EPI et placement de ceux-ci à l'entrée de la chambre.
- Installation d'une poubelle jetable pour les EPI.

Lorsqu'une personne résidente ne fait pas l'objet de mesures de précautions :

- Affectation d'une ou de personnes-ressources désignées pour aviser les services d'entretien ménager de nettoyer la chambre.
- S'assurer que la signalisation et les présentoirs d'EPI sont enlevés.

2. Tout le personnel soignant doit être formé à ce processus. Consigner et tenir un registre écrit de la formation fournie, des dates auxquelles la formation a été fournie, des membres du personnel qui ont participé à la formation et des signatures des membres du personnel, reconnaissant qu'ils ont compris la formation qu'ils ont reçue.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

3. La ou le responsable de la NPCI ou son délégué/sa déléguée doit élaborer une feuille de vérification et l'utiliser pour effectuer des vérifications quotidiennes des unités de soins des personnes résidentes pendant deux semaines. Il s'agit de s'assurer que les personnes résidentes soumises à des précautions supplémentaires disposent de fournitures d'EPI suffisantes dans les présentoirs près des portes des chambres, de poubelles jetables et de la signalisation appropriée affichée ou enlevée.

La feuille de vérification quotidienne indiquera :

- La personne qui effectue la vérification

- Les chambres nécessitant une signalisation de précautions supplémentaires et des présentoirs d'EPI

- Les mesures correctives prises si le présentoir ne contient pas suffisamment d'EPI et si la signalisation de précautions supplémentaires n'est pas affichée ou enlevée.

- Les noms des membres du personnel si une formation a été fournie.

4. Tous les dossiers de vérification et de formation doivent être conservés et remis aux inspectrices ou inspecteurs qui en font la demande.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Motifs

Le titulaire de permis ne s'est pas assuré que le personnel respecte la Norme de prévention et de contrôle des infections (NPCI) pour les foyers de soins de longue durée, publiée par la directrice ou le directeur.

Conformément à l'exigence supplémentaire 6.1 de la Norme de prévention et de contrôle des infections (NPCI) pour les foyers de soins de longue durée (avril 2022, révisée en septembre 2023), le titulaire de permis ne s'est pas assuré que les fournitures d'EPI obligatoires étaient disponibles et accessibles au personnel lorsqu'il s'occupait d'une personne résidente soumise à des précautions de contact. Le 19 février 2025, les chambres 1014, 1019 et 2018 n'avaient pas de présentoirs d'EPI. Les chambres 1014 et 2018 n'avaient pas de poubelles jetables. Le fait de ne pas s'assurer que les fournitures d'EPI obligatoires sont disponibles et accessibles au personnel lorsqu'il s'occupe d'une personne résidente soumise à des précautions peut augmenter considérablement le risque de transmission d'infections entre les personnes résidentes et le personnel.

Sources :

Observations et entretiens avec la ou le PSSP n° 106, la ou le DASI n° 104 et la ou le responsable de la NPCI n° 105.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le :

9 mai 2025

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 où la messagerie commerciale reçoit le document.

Ministère des Soins de longue durée

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

District du Centre-Est
33, rue King Ouest, 4e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

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.