

Rapport public

Date d'émission du rapport : 4 novembre 2025

Numéro d'inspection : 2025-1370-0007

Type d'inspection :

Plainte

Incident critique

Suivi

Titulaire de permis : Regency LTC Operating Limited Partnership, par ses partenaires généraux Regency Operator GP Inc. et AgeCare Iris Management Ltée

Foyer de soins de longue durée et ville : AgeCare Samac, Oshawa

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 21 au 24 et 27 au 31 octobre et 3 et 4 novembre 2025

L'inspection concernait :

- Un signalement en lien avec un suivi concernant un ordre de conformité
- Un signalement en lien avec une plainte concernant des allégations de mauvais traitements à l'endroit d'une personne résidente et la dotation en personnel
- Un signalement en lien avec une plainte concernant une blessure subie par une personne résidente
- Un signalement concernant une blessure subie par une personne résidente
- Un signalement en lien avec la chute d'une personne résidente
- Un signalement en lien avec la panne d'un équipement majeur
- Un signalement en lien avec des allégations de mauvais traitements de la part d'un membre du personnel à l'endroit d'une personne résidente

Ordres de conformité délivrés antérieurement

L'inspection a établi la conformité à l'ordre ou aux ordres de conformité suivant(s) délivré(s) antérieurement :

Ordre de conformité n° 001 de l'inspection n° 2025-1370-0004 relative au paragraphe 24 (1) de la LRSLD

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

Soins liés à l'incontinence

Foyer sûr et sécuritaire

Prévention des mauvais traitements et de la négligence

Normes en matière de dotation en personnel, de formation et de soins

Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Services d'hébergement

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

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

Services d'hébergement

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

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

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que l'un des éléments de l'équipement du foyer soit entretenu de sorte qu'il soit sûr et en bon état, la cause étant inconnue à ce moment-là. Depuis, il y a eu trois autres défaillances. Au cours de cette inspection, l'inspectrice ou l'inspecteur a remarqué un autre mauvais fonctionnement. Des membres du personnel ont indiqué que l'équipement avait été en panne pendant la fin de semaine et l'était encore ce matin-là. Le foyer ne connaît pas la cause de ces pannes, ce qui limite sa capacité à mettre en œuvre des mesures préventives efficaces.

Sources : Démarches d'observation; entretiens avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

Problème de conformité n° 002 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

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

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, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844-231-5702

Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

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

Le titulaire de permis a omis de respecter la politique du foyer visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements. On a formulé des allégations de mauvais traitements d'ordre physique de la part de membres du personnel à l'endroit d'une personne résidente. Le personnel a été informé de l'incident, et les membres du personnel visés par les allégations ont continué à s'occuper de la personne résidente.

Sources : Politiques; notes d'enquête interne du foyer; entretiens avec des membres du personnel.

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

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

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

Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

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

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

On a soumis un rapport d'incident critique concernant des allégations de mauvais traitements de la part de membres du personnel à l'endroit d'une personne résidente survenus à une date donnée. Les membres du personnel ont confirmé qu'ils auraient dû faire part de l'incident à la directrice ou au directeur.

Sources : Politiques; rapport d'incident critique; dossiers médicaux d'une personne

résidente; entretiens avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Formation

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

Non-respect de : la disposition 82 (7) 3 de la LRSLD

Formation

Paragraphe 82 (7) – Le titulaire de permis veille à ce que tout le personnel qui fournit des soins directs aux résidents reçoive, comme condition pour continuer d'avoir des contacts avec les résidents, une formation dans les domaines énoncés aux dispositions suivantes, aux moments ou aux intervalles que prévoient les règlements :

3. La gestion des comportements.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'un membre du personnel chargé des soins directs reçoive une formation annuelle supplémentaire sur la gestion des personnes résidentes présentant des comportements réactifs.

On a signalé à la directrice ou au directeur des allégations de mauvais traitements d'ordre physique de la part d'un membre du personnel à l'endroit d'une personne résidente. L'examen des dossiers cliniques de la personne résidente a révélé qu'un membre du personnel chargé des soins directs lui avait prodigué des soins à une date donnée. L'examen des dossiers de formation du membre du personnel chargé des soins directs a révélé que sa dernière formation sur les comportements réactifs remontait à il y a plus d'un an, ce qui n'est pas conforme à l'exigence. Dans un entretien, le membre du personnel a indiqué que le personnel est tenu de suivre une formation concernant les comportements réactifs une fois par année.

Sources : Dossiers de formation; entretiens avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies

Problème de conformité n° 005 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect du : sous-alinéa 55 (2) b) (iv) du Règl. de l'Ont. 246/22

Soins de la peau et des plaies

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, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844-231-5702

Paragraphe 55 (2) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

b) le résident qui présente des signes d'altération de l'intégrité épidermique, notamment des ruptures de l'épiderme, des lésions de pression, des déchirures de la peau ou des plaies, à la fois :

(iv) est réévalué au moins une fois par semaine par une personne autorisée visée au paragraphe (2.1), si cela s'impose sur le plan clinique.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'on évalue une fois par semaine la peau d'une personne résidente après que cette dernière a subi une blessure causant une altération de l'intégrité épidermique.

Les documents remplis par le personnel à une date donnée ont révélé un changement dans l'intégrité épidermique d'une personne résidente. Un examen plus approfondi des dossiers médicaux de la personne résidente a confirmé que le personnel avait omis d'effectuer des évaluations hebdomadaires de sa peau. Lors d'un entretien, des membres du personnel ont confirmé qu'il était prévu que le personnel évalue chaque semaine toute altération de la peau de la personne résidente.

Sources : Politiques; dossier clinique d'une personne résidente; entretiens avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Facilitation des selles et soins liés à l'incontinence

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

Non-respect de : la disposition 56 (1) 3 du Règl. de l'Ont. 246/22

Facilitation des selles et soins liés à l'incontinence

Paragraphe 56 (1) – Le programme de facilitation des selles et de soins liés à l'incontinence doit au minimum prévoir ce qui suit :

3. Des programmes d'élimination, y compris des protocoles de facilitation des selles.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'une personne résidente bénéficie d'un programme d'élimination visant spécifiquement la facilitation des selles.

Des membres du personnel ont indiqué que la personne résidente n'avait pas de

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-Est33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

programme de facilitation des selles et avait besoin d'aide pour aller à la toilette. Les membres du personnel ont confirmé que la personne résidente ne bénéficiait pas d'un programme d'élimination.

Sources : Politiques; dossier clinique d'une personne résidente; entretiens avec des membres du personnel.

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 001 – Comportements réactifs

Problème de conformité n° 007 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 58 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22**Comportements réactifs**

Paragraphe 58 (1) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à l'élaboration de ce qui suit pour répondre aux besoins des résidents qui affichent des comportements réactifs :

1. Des méthodes écrites en matière de soins, notamment des protocoles de dépistage, des évaluations, des réévaluations et l'identification des comportements déclencheurs pouvant donner lieu à des comportements réactifs, notamment sur le plan cognitif, physique, affectif, social ou environnemental.
2. Des stratégies écrites, notamment des techniques et des mesures d'intervention, pour prévenir ou réduire au minimum les comportements réactifs ou pour y réagir.
3. Des protocoles permettant de surveiller les résidents et de présenter des rapports internes.
4. Des protocoles permettant de diriger les résidents vers des ressources spécialisées au besoin.

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

Le titulaire de permis doit :

1. Veiller à ce que l'équipe interdisciplinaire examine le programme de soins actuel de la personne résidente. La personne responsable du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement (Projet OSTC) ou la personne désignée élaborera et mettra en œuvre des interventions.
2. Mettre à jour le programme de soins de la personne résidente en fonction des changements énoncés à la condition 1. Une liste des personnes ayant participé à l'examen du programme de soins de la personne résidente sera fournie.

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, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

3. Veiller à ce que la personne responsable du Projet OSTC ou la personne désignée offre aux membres du personnel travaillant dans une unité donnée une formation sur le processus interne d'évaluation et de surveillance du foyer pour les personnes résidentes ayant des comportements réactifs.

4. Veiller à ce que la personne responsable du Projet OSTC ou la personne désignée offre aux membres du personnel travaillant dans une unité donnée une formation portant sur le processus d'aiguillage vers la personne responsable du Projet OSTC, le moment où cet aiguillage doit être fait et la personne responsable d'effectuer cet aiguillage.

Motifs

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que l'on réponde aux besoins d'une personne résidente en matière de comportements réactifs.

On a informé la directrice ou le directeur d'allégations de mauvais traitements d'ordre physique de la part du personnel à l'endroit d'une personne résidente. L'examen des dossiers cliniques de la personne résidente a révélé des changements chez cette dernière.

Dans un entretien, des membres du personnel ont confirmé que certaines parties du processus de contrôle interne du foyer, utilisé pour évaluer la personne résidente, étaient incomplètes. Ils ont également confirmé qu'une surveillance accrue et des interventions supplémentaires auraient pu être mises en œuvre pour répondre aux besoins de la personne résidente. Le personnel a confirmé que l'on n'a pas suivi le processus d'aiguillage et que la personne résidente n'a pas été aiguillée vers l'équipe interne du Projet OSTC du foyer pour une évaluation plus approfondie.

Puisque l'on a omis de répondre aux besoins de la personne résidente, il y avait un risque accru en ce qui concerne la gestion des comportements réactifs de celle-ci.

Sources :Dossiers cliniques d'une personne résidente; notes d'enquête internes; entretiens avec des membres du personnel.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le : 30 janvier 2026

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 002 – Prévention et gestion des chutes

Problème de conformité n° 008 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 54 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Prévention et gestion des chutes

Paragraphe 54 (1) – Le programme de prévention et de gestion des chutes doit au minimum prévoir des stratégies visant à diminuer les chutes ou à en atténuer les effets, notamment par la surveillance des résidents, le réexamen des régimes médicamenteux des résidents, la mise en œuvre de méthodes axées sur les soins de rétablissement et l'utilisation d'équipement, de fournitures, d'appareils et d'accessoires fonctionnels. Règl. de l'Ont. 246/22, paragraphe 54 (1).

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

1. Veiller à ce que tous les membres du personnel infirmier chargés des soins directs affectés à des secteurs donnés du foyer reçoivent une nouvelle formation sur le programme de prévention et de gestion des chutes du foyer.
2. Veiller à ce que les membres du personnel affectés aux secteurs donnés du foyer reçoivent une formation sur les critères à respecter après la chute d'une personne résidente et sur le moment où il faut mettre à jour le programme de soins de la personne résidente après la chute.
3. Élaborer et mettre en œuvre un processus de vérification pour s'assurer que le personnel a mis en œuvre des interventions de prévention des chutes pour les personnes résidentes qui présentent un risque de chute.
4. Réaliser des vérifications aléatoires visant diverses personnes résidentes présentant un risque de chute dans des secteurs donnés du foyer afin de s'assurer que leurs interventions de prévention des chutes sont mises en œuvre conformément à leur programme de soins.
5. Consigner dans un dossier les renseignements sur la formation offerte conformément aux conditions 1 et 2, y compris le contenu, la date, la signature des membres du personnel présents et les noms des personnes qui ont donné la formation, ainsi que les dates des vérifications, les noms des personnes qui les ont effectuées, les noms des membres du personnel et des personnes résidentes visées ainsi que les mesures prises en réponse aux conclusions des vérifications.

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, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844-231-5702

Motifs

1. Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'on mette en œuvre auprès d'une personne résidente une intervention de prévention des chutes, comme le prévoyait pourtant le programme de soins de cette personne.

Une personne résidente a fait des chutes à des dates données. La documentation indique que l'on a trouvé la personne résidente sans intervention. Le personnel a confirmé avoir vu la personne résidente sans intervention. Les membres du personnel ont indiqué qu'ils étaient censés suivre le programme de soins et que l'on aurait dû mettre une intervention en place pour la personne résidente.

Sources : Dossiers cliniques d'une personne résidente; politiques; entretiens avec des membres du personnel.

2. Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'on mette en œuvre, à l'intention d'une personne résidente, des stratégies visant à diminuer les chutes ou à en atténuer les effets.

Le programme de soins d'une personne résidente comprenait des mesures de prévention des chutes. À des dates données, la personne résidente a fait des chutes consécutives qui ont entraîné des blessures. Au moment des deux incidents, il n'y avait pas d'intervention de prévention des chutes.

Sources : Dossiers cliniques d'une personne résidente; politiques; entretiens avec des membres du personnel.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le : 30 janvier 2026

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 003 – Facilitation des selles et soins liés à l'incontinence

Problème de conformité n° 009 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 56 (2) a) 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, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

Facilitation des selles et soins liés à l'incontinence

Paragraphe 56 (2) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

a) chaque résident ayant des problèmes d'incontinence reçoit une évaluation comprenant l'identification des facteurs causals, des tendances, du type d'incontinence et de la possibilité de restaurer la fonction au moyen d'interventions particulières et, si l'état ou la situation du résident l'exige, une évaluation est effectuée au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément aux fins d'évaluation de l'incontinence.

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

1. Former le personnel d'unités données au sujet du programme de soins liés à l'incontinence du foyer. Consigner dans un dossier les renseignements sur les membres du personnel autorisé qui ont suivi la formation, notamment leur nom, leur désignation, leur signature ainsi que la date et l'heure de la formation, et le nom de la personne qui a donné la formation.
2. Dès réception du rapport d'inspection, la direction ou la personne désignée examinera les personnes résidentes admises pendant une période donnée afin de vérifier que l'on a rempli les outils d'évaluation de l'incontinence appropriés sur le plan clinique du foyer et que l'on a mis en œuvre les interventions correspondantes. Consigner dans un dossier les renseignements sur l'examen effectué, y compris les mesures correctives, s'il y a lieu.

Motifs

1. Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'une personne résidente ayant des problèmes d'incontinence fasse l'objet d'une évaluation de la continence intestinale et vésicale à l'aide d'un outil approprié sur le plan clinique au moment de son admission.

Sources : Dossiers cliniques d'une personne résidente; politiques.

2. Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que l'évaluation de l'incontinence de la personne résidente comprenne la détermination des facteurs causals, du type d'incontinence et des tendances relatives à celle-ci, du potentiel d'amélioration et des interventions appropriées. En outre, on a omis de réaliser les évaluations nécessaires à l'aide d'outils appropriés sur le plan clinique conçus pour évaluer l'incontinence.

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, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

L'évaluation de la continence intestinale d'une personne résidente effectuée par le foyer au moment de son admission était incomplète, et il n'y avait pas d'autre évaluation liée à sa fonction intestinale. Des membres du personnel ont confirmé que l'évaluation de la fonction intestinale devait être réalisée au moment de l'admission et ont reconnu que cela n'avait pas été fait. Ils ont également reconnu qu'il n'y avait pas de programme d'élimination en place pour la personne résidente.

Sources : Dossiers cliniques d'une personne résidente; politiques; entretiens avec des membres du personnel.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le : 30 janvier 2026

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, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844-231-5702

RENSEIGNEMENTS SUR LA RÉVISION/L'APPEL

PRENDRE ACTE

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

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

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

La demande écrite de révision doit comprendre :

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

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

Directeur

a/s du coordonnateur des appels

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée du
ministère des Soins de longue durée

438, avenue University, 8^e étage

Toronto (Ontario) M7A 1N3

Courriel : MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca

Si la signification se fait :

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, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844-231-5702

- (a) par courrier recommandé, elle est réputée être effectuée le cinquième jour après le jour de l'envoi;
- (b) par courriel, elle est réputée être effectuée le jour suivant, si le document a été signifié après 16 h;
- (c) par service de messagerie commerciale, elle est réputée être effectuée le deuxième jour ouvrable après la réception du document par le service de messagerie commerciale.

Si une copie de la décision du directeur n'est pas signifiée au titulaire de permis dans les 28 jours suivant la réception de la demande de révision du titulaire de permis, le ou les présents ordres et/ou le présent APA sont réputés confirmés par le directeur et, aux fins d'un appel devant la CARSS, le directeur est réputé avoir signifié au titulaire de permis une copie de ladite décision à l'expiration de la période de 28 jours.

En vertu de l'article 170 de la Loi, le titulaire de permis a le droit d'interjeter appel de l'une ou l'autre des décisions suivantes auprès de la CARSS :

- (a) un ordre donné par le directeur en vertu des articles 155 à 159 de la Loi;
- (b) un APA délivré par le directeur en vertu de l'article 158 de la Loi;
- (c) la décision de révision du directeur, rendue en vertu de l'article 169 de la Loi, concernant l'ordre de conformité (art. 155) ou l'APA (art. 158) d'un inspecteur.

La CARSS est un tribunal indépendant qui n'a aucun lien avec le Ministère. Elle est établie par la législation pour examiner les questions relatives aux services de soins de santé. Si le titulaire de permis décide d'interjeter appel, il doit remettre un avis d'appel écrit dans les 28 jours suivant la date à laquelle il a reçu une copie de l'ordre, de l'APA ou de la décision du directeur qui fait l'objet de l'appel. L'avis d'appel doit être remis à la fois à la CARSS et au directeur.

Commission d'appel et de révision des services de santé

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

Directeur

a/s du coordonnateur des appels
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

Ministère des Soins de longue durée

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, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844-231-5702

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.