

## Rapport public

**Date d'émission du rapport :** 17 juillet 2025**Numéro d'inspection :** 2025-1438-0005**Type d'inspection :**Plainte  
Incident critique**Titulaire de permis :** Southlake Residential Care Village**Foyer de soins de longue durée et ville :** Southlake Residential Care Village,  
Newmarket

## RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 7 au 11 et du 14 au 17 juillet 2025

L'inspection concernait :

- Un dossier concernait une plainte liée à une allégation de négligence d'une personne résidente.
- Un dossier concernait une allégation de mauvais traitements d'ordre physique prodigués à une personne résidente.
- Deux dossiers concernaient une allégation de négligence d'une personne résidente.
- Un dossier lié à une chute d'une personne résidente.
- Un dossier était lié à une éclosion d'une maladie transmissible.

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

Services de soins et de soutien aux personnes résidentes  
Prévention et contrôle des infections  
Prévention des mauvais traitements et de la négligence  
Prévention et gestion des chutes

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

## AVIS ÉCRIT : Déclaration des droits des résidents

Non-respect n° 001 Avis écrit conformément aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021).

### Non-respect de : l'alinéa 3 (1) 5) de la LRSLD (2021)

Déclaration des droits des résidents

Paragraphe 3 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au plein respect et à la promotion des droits suivants des résidents :

5. Le résident a droit à la protection contre la négligence de la part du titulaire de permis et du personnel.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente ne subisse pas de négligence de la part d'une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP).

Une PSSP a été chargée de prendre soin de la personne résidente et n'a pas fourni de soins personnels, y compris des soins d'hygiène, ni surveillé la personne résidente pendant ce quart de travail. Le directeur adjoint des soins infirmiers ou la directrice adjointe des soins infirmiers a confirmé qu'il avait été constaté que la PSSP avait négligé la personne résidente.

**Sources** : dossier clinique de la personne résidente, rapport d'incident critique (IC), notes d'enquête du foyer, dossier disciplinaire de la PSSP, entretien avec le directeur adjoint des soins infirmiers ou la directrice adjointe des soins infirmiers.

## AVIS ÉCRIT : Déclaration des droits des résidents

Non-respect n° 002 Avis écrit conformément aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021).

### Non-respect de : l'alinéa 3 (1) 11) de la LRSLD (2021)

Déclaration des droits des résidents

Paragraphe 3 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au plein respect et à la promotion des droits suivants des résidents :

11. Le résident a le droit de vivre dans un milieu sûr et propre.

Le titulaire de permis n'a pas respecté le droit des personnes résidentes à vivre dans un environnement sûr et propre. À une date donnée, la chambre d'une

personne résidente était dans un état insalubre. Le personnel était conscient de l'insalubrité de la chambre, mais elle n'a été nettoyée qu'après réception d'une plainte. Le directeur adjoint des soins infirmiers ou la directrice adjointe des soins infirmiers a reconnu que le personnel d'entretien n'avait pas fourni de services de nettoyage quotidiens ce jour-là et que le personnel aurait dû nettoyer la chambre de la personne résidente lorsque le désordre a été découvert.

**Sources** : rapport d'incident critique, notes d'enquête du foyer et entretien avec le directeur adjoint des soins infirmiers ou la directrice adjointe des soins infirmiers.

### **AVIS ÉCRIT : Obligation de protéger**

Non-respect n° 003 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021).

#### **Non-respect du : paragraphe 24 (1) de la LRSLD 2021**

Obligation de protéger

Par, 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 ce que les PSSP protègent les personnes résidentes contre la négligence.

L'article 7 du Règlement de l'Ontario 246/22 définit la négligence comme « le 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. »

Un rapport d'une PSSP a été remis au personnel agréé, indiquant que la personne résidente avait été négligée par la PSSP parce qu'elle n'avait pas prodigué la facilitation des selles pendant son quart de travail.

Le directeur adjoint des soins infirmiers ou la directrice adjointe des soins infirmiers a confirmé que la PSSP ne fournissait pas de facilitation des selles à la personne résidente.

**Sources** : rapport de l'IC, notes d'enquête du foyer, dossier du personnel de la PSSP et entretien avec le directeur adjoint des soins infirmiers ou la directrice adjointe des soins infirmiers.

## **AVIS ÉCRIT : Politique visant à promouvoir la tolérance zéro**

Non-respect n° 004 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

### **Non-respect du : paragraphe 25 (1) de la LRSLD (2021)**

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 n'a pas veillé à ce que sa politique écrite visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes soit respectée.

Au cours d'une enquête sur une allégation de mauvais traitements entre un membre du personnel et une personne résidente, le directeur des soins infirmiers par intérim ou la directrice des soins infirmiers par intérim a eu connaissance d'un autre incident présumé de mauvais traitements impliquant la personne résidente. Le directeur des soins infirmiers par intérim ou la directrice des soins infirmiers par intérim n'a pas signalé ce cas présumé de mauvais traitements ou les résultats de l'enquête au directeur ou à la directrice, comme l'exigent la politique du programme de tolérance zéro à l'égard des mauvais traitements et de la négligence et la procédure d'enquête sur les cas de mauvais traitements ou de négligence du foyer.

**Sources** : notes d'évolution de la personne résidente, notes d'enquête du foyer, politique du programme de tolérance zéro à l'égard des mauvais traitements et de la négligence, procédure d'enquête sur les mauvais traitements ou la négligence, entretien avec le directeur des soins infirmiers par intérim ou la directrice des soins infirmiers par intérim.

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

Non-respect n° 005 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

**Non-respect de : l'alinéa 28 (1) 2) de la LRSLD (2021)**

Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

Par. 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.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne ayant des motifs raisonnables de soupçonner qu'une personne résidente a fait l'objet ou pourrait avoir fait l'objet de mauvais traitements de la part de quiconque fasse immédiatement rapport au directeur ou à la directrice de ses soupçons et communique les renseignements sur lesquels ils sont fondés.

Un infirmier auxiliaire autorisé ou une infirmière auxiliaire autorisée (IAA) a été informé(e) par une PSSP de commentaires de nature abusive à l'égard d'une personne résidente. L'IAA n'a pas fait part des allégations à son superviseur ni au directeur ou à la directrice. Le directeur des soins infirmiers par intérim ou la directrice des soins infirmiers par intérim a reconnu que le personnel aurait dû signaler immédiatement l'allégation de mauvais traitements envers la personne résidente.

**Sources** : notes d'évolution de la personne résidente, notes d'enquête du foyer, politique du programme de tolérance zéro à l'égard des mauvais traitements et de la négligence, entretien avec le directeur des soins infirmiers par intérim ou la directrice des soins infirmiers par intérim.

**AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes**

Non-respect n° 006 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) 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. Paragraphe 54 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de prévention et de gestion des chutes fournisse des stratégies pour réduire ou atténuer les chutes, et permette l'utilisation de l'équipement, des fournitures, des appareils et des accessoires fonctionnels pour la personne résidente.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règlement de l'Ontario, le titulaire de permis doit veiller à ce que le programme de prévention et de gestion des chutes comprenne au minimum l'utilisation d'appareils et fournisse des stratégies de surveillance des personnes résidentes, et qu'il soit respecté. La politique du foyer demande au personnel infirmier d'identifier les risques, de mettre en œuvre des stratégies de prévention des chutes et d'évaluer le programme de soins si nécessaire. En outre, elle doit s'assurer que les PSSP suivent le programme de soins pour la prévention et la gestion des chutes.

La personne résidente a été identifiée comme présentant un risque élevé de chute et doit bénéficier d'une mesure d'intervention de prévention des chutes lorsqu'elle est sur son lit. Cependant, la mesure d'intervention n'a pas été mise en place.

**Sources** : rapport d'IC, dossier médical, notes d'enquête, politique du programme de gestion des chutes, programme de soins, entretien avec le directeur adjoint des soins infirmiers ou la directrice adjointe des soins infirmiers

## **AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes**

Non-respect n° 007 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

**Non-respect du : paragraphe 54 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22,**

Prévention et gestion des chutes

Paragraphe 54 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le résident qui fait une chute fasse l'objet d'une évaluation et à ce que, si l'état ou la situation du résident l'exige, une évaluation postérieure à sa chute soit effectuée au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour les chutes. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 54 (2); Règl. de l'Ont.

66/23, art. 11.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, lorsqu'une personne résidente est tombée, en particulier la personne résidente identifiée, elle fasse l'objet d'une évaluation et qu'une évaluation après la chute soit effectuée à l'aide d'un instrument d'évaluation approprié sur le plan clinique et spécialement conçu pour les chutes.

Plusieurs dossiers cliniques de la personne résidente indiquent qu'elle a fait une chute, mais aucune évaluation après la chute n'a été effectuée à l'aide d'un instrument d'évaluation approprié sur le plan clinique. Un ou une IAA a confirmé qu'une évaluation après la chute était nécessaire après chaque chute. Le directeur adjoint des soins infirmiers ou la directrice adjointe des soins infirmiers a également confirmé que l'évaluation après la chute n'avait pas été réalisée à l'aide de l'outil désigné.

**Sources** : dossiers cliniques de la personne résidente; et entretiens avec l'IAA et le directeur adjoint des soins infirmiers ou la directrice adjointe des soins infirmiers.

## **AVIS ÉCRIT : Service de restauration et de collation**

Non-respect n° 008 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021).

### **Non-respect de : l'alinéa 79 (1) 3) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Service de restauration et de collation

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

3. La surveillance de tous les résidents durant les repas.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente soit surveillée pendant le service des repas à une date précise. Le programme de soins indique qu'elle doit être surveillée pendant les repas. Le directeur adjoint des soins infirmiers ou la directrice adjointe des soins infirmiers a reconnu que le personnel n'avait pas surveillé la personne résidente pendant son repas comme prévu.

**Sources** : dossier clinique de la personne résidente, rapport de l'IC, notes d'enquête du foyer, entretien avec le directeur adjoint des soins infirmiers ou la directrice adjointe des soins infirmiers.

## AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

Non-respect n° 009 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021).

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

Programme de prévention et de contrôle des infections

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une norme que le directeur ou la directrice a délivrée à l'égard de la prévention et du contrôle des infections (PCI), conformément à l'article 9.1 de la Norme de PCI pour les foyers de soins de longue durée (septembre 2023), lorsqu'au minimum, les précautions supplémentaires doivent inclure : f) des exigences supplémentaires concernant l'équipement de protection individuelle (ÉPI), notamment le choix, le port et le retrait de façon appropriée.

Plusieurs membres du personnel ont été observés entrant dans l'unité des foyers sans porter de masque facial, alors que les personnes résidentes étaient assises dans leur fauteuil roulant juste à l'intérieur de la salle à manger et du couloir. Un panier de fournitures d'ÉPI a été suspendu à l'entrée de la porte principale et un panneau indiquant l'obligation de porter un masque facial a été apposé. Le ou la gestionnaire de la PCI a confirmé que l'ÉPI était nécessaire pour protéger la personne résidente d'une exposition potentielle à l'épidémie respiratoire.

**Sources** : observations de la PSSP, entretien avec le ou la gestionnaire de la PCI.

## AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

Non-respect n° 010 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021).

### Non-respect de : l'alinéa 102 (g) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programme de prévention et de contrôle des infections

Paragraphe 102 (g) Le titulaire de permis veille à ce qui suit au cours de chaque quart de travail :

b) les symptômes sont consignés et les mesures nécessaires sont prises immédiatement pour réduire la transmission, isoler les résidents et les mettre en groupe au besoin. Paragraphe 102 (g) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les symptômes d'une personne résidente soient consignés à chaque quart de travail lorsqu'elle recevait un diagnostic d'infection respiratoire.

Le foyer a connu une épidémie respiratoire et la personne résidente identifiée a présenté des symptômes pendant un certain temps. Cependant, ses symptômes n'ont pas été documentés à chaque quart de travail pendant cette période. Le ou la responsable de la PCI a confirmé que les symptômes de la personne résidente n'avaient pas été documentés à chaque quart de travail.

**Sources** : les notes d'évolution de la personne résidente et un entretien avec le ou la responsable de la PCI.

## **AVIS ÉCRIT : Rapports : incidents graves**

Non-respect n° 011 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021).

### **Non-respect de : l'alinéa 115 (1) 5) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Rapports : incidents graves

Art. 115 (1) le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille, d'une part, à immédiatement informer le directeur ou la directrice, de façon aussi détaillée que possible dans les circonstances, des incidents suivants et, d'autre part, à faire suivre le rapport exigé au paragraphe (5) :

5. L'écllosion d'une maladie importante sur le plan de la santé publique ou d'une maladie transmissible au sens de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les épidémies de maladies respiratoires soient immédiatement signalées au directeur ou à la directrice.

Le service de santé publique de la région de York a confirmé que le foyer était touché par une épidémie de maladies respiratoires. Toutefois, le foyer n'a pas soumis le rapport de l'IC dans les délais impartis.

**Sources** : Rapport de l'IC et entretien avec le ou la responsable de la PCI.

## ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 001 Techniques de transfert et de changement de position

Non-respect n° 012 Ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

### Non-respect de : l'alinéa 40 du Règl. de l'Ont. 246/22

Techniques de transfert et de changement de position

Art. 40. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les membres du personnel utilisent des appareils ou des techniques de transfert et de changement de position sécuritaires lorsqu'ils aident les résidents.

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

1. Un ou une gestionnaire des soins infirmiers ou un ou une responsable de l'éducation doit dispenser une formation sur les politiques et les procédures du foyer relatives aux levées et aux transferts, y compris le respect du programme de soins de la personne résidente, à l'ensemble du personnel, sur tous les quarts de travail, qui participe aux transferts des personnes résidentes dans les unités 3 Ouest et 3 Est.

Tenir un registre de la formation dispensée, y compris le nom de l'animateur ou de l'animatrice, la date et l'heure de la ou des séances, la liste des personnes participantes, y compris leur nom, leur titre et leur signature.

2. Effectuer deux (2) vérifications par personne résidente, par semaine, sur les transferts des personnes résidentes n° 004 et n° 006 pendant une période de quatre (4) semaines. Au moins une vérification pour chaque personne résidente doit être réalisée au cours d'une fin de semaine. Les vérifications doivent comprendre un équilibre entre l'équipe de jour, l'équipe de soir et l'équipe de nuit (le cas échéant), ainsi que du personnel différent lorsque cela est possible.

Conserver un registre des vérifications effectuées dans le foyer, y compris les dates, les personnes qui les ont effectuées, les membres du personnel vérifiés, les résultats et les mesures prises en réponse à ses résultats, le cas échéant.

### Motifs

1) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les membres du personnel utilisent des techniques de transfert sécuritaires lorsqu'ils aident une personne résidente.

## Justification et résumé

Une personne résidente avait besoin d'un transfert particulier pour s'asseoir sur la toilette et s'en relever. Le directeur des soins infirmiers par intérim ou la directrice des soins infirmiers par intérim a reconnu que la PSSP assignée à la personne résidente à la date précisée n'a pas transféré la personne résidente comme prévu dans le programme de soins.

La personne résidente risquait de tomber ou de se blesser lorsque la PSSP ne l'a pas transférée conformément au programme de soins.

**Sources** : le rapport de l'IC, les dossiers cliniques de la personne résidente, les notes d'enquête du FSLD, l'entretien avec le directeur des soins infirmiers par intérim ou la directrice des soins infirmiers par intérim.

2) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les membres du personnel utilisent des techniques de transfert sécuritaires lorsqu'ils aident la personne résidente.

## Justification et résumé

Plus précisément, une observation a été faite au cours de laquelle une PSSP a transféré la personne résidente identifiée de manière indépendante, au lieu d'utiliser un lève-personne mécanique avec deux membres du personnel, comme indiqué dans le programme de soins de la personne résidente.

Le directeur adjoint des soins infirmiers ou la directrice adjointe des soins infirmiers a reconnu que la PSSP n'avait pas suivi la méthode de transfert indiquée dans le programme de soins.

La personne résidente risquait de tomber ou de se blesser parce qu'elle était transférée par un seul membre du personnel.

**Sources** : observation, examen des dossiers médicaux des personnes résidentes et entretien avec la PSSP et le directeur adjoint des soins infirmiers ou la directrice adjointe des soins infirmiers.

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le** : 26 septembre 2025.

**Un avis de pénalité administrative (APA) est délivré dans le cadre du présent APA par ordre de conformité n° 001**

## **AVIS DE PÉNALITÉ ADMINISTRATIVE (APA)**

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la LRSLD (2021)

**Avis de pénalité administrative (APA) n° 001**

**Lié à l'ordre de conformité (OC) n° 001**

En vertu de l'article 158 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (LRSLD [2021]), le titulaire de permis doit payer une pénalité administrative de 1 100 \$, à verser dans les 30 jours suivant la date de la facture.

Conformément aux paragraphes 349 (6) et (7) du Règl. de l'Ont. 246/22, cette pénalité administrative est infligée parce que le titulaire de permis n'a pas respecté une exigence, qui a donné lieu à un ordre de conformité en vertu de l'article 155 de la LRSLD (2021) et que, au cours des trois années précédant immédiatement la date d'émission de l'ordre en vertu de l'article 155, le titulaire de permis n'a pas respecté la même exigence.

### **Historique de la conformité :**

Au cours des 36 derniers mois, un ordre de conformité a été délivré en vertu de l'alinéa 40 (n° 2023-1438-0002) du Règl. de l'Ont. 246/22, le 16 mai 2023.

Il s'agit de la première pénalité administrative émise à l'encontre du titulaire de permis pour le non-respect de cette exigence.

La facture et les renseignements relatifs au paiement seront envoyés séparément par courrier après la notification du présent avis.

Le titulaire de permis ne doit pas payer un APA au moyen d'une enveloppe pour les soins aux personnes résidentes fournie par le ministère des Soins de longue durée [c.-à-d. soins infirmiers et soins personnels; services de programmes et de soutien; aliments crus]. En soumettant un paiement au ministre des Finances, le titulaire de permis atteste qu'il a utilisé des fonds ne faisant pas partie de l'enveloppe pour les soins aux personnes résidentes afin de payer l'APA.

## RENSEIGNEMENTS SUR LA RÉVISION/L'APPEL

**PRENDRE ACTE** Le titulaire de permis a le droit de demander une révision par le directeur ou la directrice 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 ou à la directrice 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 la directrice 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 ou la directrice doit être présentée par écrit et signifiée au directeur ou à la directrice 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 ou la directrice 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 commercial à la personne indiquée ci-dessous.

### **Directeur ou directrice**

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<sup>e</sup> étage

Toronto (Ontario) M7A 1N3

Courriel : [MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca](mailto: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<sup>e</sup> 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 ou de la directrice 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 ou la directrice et aux fins d'un appel devant la CARSS, le directeur ou la directrice est réputé(e) 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 ou la directrice en vertu des articles 155 à 159 de la Loi;
- b) un APA délivré par le directeur ou la directrice en vertu de l'article 158 de la Loi;
- c) la décision de révision du directeur ou de la directrice, 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 ou d'une inspectrice.

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 suivants la date à laquelle il a reçu une copie de l'ordre, de l'APA ou de la décision du directeur ou de la directrice qui fait l'objet de l'appel. L'avis d'appel doit être remis à la fois à la CARSS et au directeur ou à la directrice.

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

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

**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<sup>e</sup> étage  
Oshawa (Ontario) L1H 1A1  
Téléphone : 844 231-5702

**Directeur ou directrice**

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<sup>e</sup> étage

Toronto (Ontario) M7A 1N3

Courriel : [MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca](mailto: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](http://www.hsarb.on.ca).