

Rapport public initial

Date d'émission du rapport : 23 septembre 2024.

Numéro d'inspection : 2024-1480-0002

Type d'inspection :

Inspection proactive de conformité

Titulaire de permis : Kemptville District Hospital

Foyer de soins de longue durée et ville : Kemptville District Hospital, Kemptville

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu aux dates suivantes : les 11, 12, 13, 16, 17, 18 et 19 septembre 2024.

L'inspection concernait :

- le registre : n° 00126243 – inspection proactive de conformité

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

- Prévention et gestion de la peau et des plaies
- Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
- Alimentation, nutrition et hydratation
- Gestion des médicaments
- Conseils des résidents et des familles
- Prévention et contrôle des infections
- Foyer sûr et sécuritaire
- Prévention des mauvais traitements et de la négligence
- Amélioration de la qualité
- Normes de dotation, de formation et de soins

Droits et choix des résidents

Gestion de la douleur

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

Non-respect des exigences rectifié

Un non-respect a été constaté durant cette inspection, et le titulaire de permis l'a rectifié avant la fin de l'inspection. L'inspecteur a estimé que le non-respect satisfaisait au sens du paragraphe 154 (2) et ne nécessitait pas d'autre mesure.

Problème de conformité n° 001 rectifié conformément au paragraphe 154 (2) de la LRSLD (2021)

Non-respect **de l'alinéa** 85 (3) c) de la LRSLD (2021)

Affichage des renseignements

Paragraphe 85 (3) Les renseignements exigés pour l'application des paragraphes (1) et (2) sont les suivants :

c) la politique du foyer de soins de longue durée 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 la politique du foyer relative à la prévention des mauvais traitements et de la négligence fût affichée dans le foyer.

Sources :

Observation des affichages obligatoires du foyer.

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

On a observé ultérieurement dans le foyer avant la fin de l'inspection la politique relative à la prévention des mauvais traitements et de la négligence.

Date à laquelle la mesure corrective a été mise en œuvre : 12 septembre 2024.

Problème de conformité n° 002 rectifié conformément au paragraphe 154 (2) de la LRSLD (2021)

Non-respect **de l'alinéa** 85 (3) r) de la LRSLD (2021)

Affichage des renseignements

Paragraphe 85 (3) Les renseignements exigés pour l'application des paragraphes (1) et (2) sont les suivants :

r) une explication des protections qu'offre l'article 30.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que fût affichée au foyer une explication des protections offertes aux dénonciateurs en application de l'article 30 de la LRSLD (2021).

Sources :

Observation des affichages obligatoires dans le foyer.

On a observé ultérieurement dans le foyer avant la fin de l'inspection une explication des protections offertes aux dénonciateurs en application de l'article 30 de la LRSLD (2021).

Date à laquelle la mesure corrective a été mise en œuvre : 17 septembre 2024.

Problème de conformité n° 003 rectifié conformément au paragraphe 154 (2) de la LRSLD (2021)

Non-respect du paragraphe **168 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Rapport sur l'amélioration constante de la qualité

Paragraphe 168 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée rédige un rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité pour le foyer à l'égard de chaque exercice au plus tard trois mois après la fin de l'exercice. Sous réserve de l'article 271, il publie chaque rapport sur son site Web.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité pour le foyer fût publié sur son site Web dans les trois mois suivant la fin de l'exercice.

Sources :

Observation du site Web, entretien avec la directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI).

Le rapport sur l'amélioration constante de la qualité a été publié sur le site Web du foyer pendant l'inspection.

Date à laquelle la mesure correctrice a été mise en œuvre : 17 septembre 2024.

Problème de conformité n° 004 rectifié conformément au paragraphe 154 (2) de la LRSLD (2021)

Non-respect de la disposition **265 (1) 10 du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Affichage des renseignements

Paragraphe 265 (1) Pour l'application de l'alinéa 85 (3) s) de la Loi, le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les renseignements qui doivent être affichés dans le foyer et communiqués aux résidents en application de l'article 85 de la Loi comprennent les éléments suivants :

10. La version en vigueur de la politique concernant les visiteurs prise en vertu de

l'article 267.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la politique du foyer concernant les visiteurs fût affichée dans le foyer.

Sources :

Observation des affichages obligatoires du foyer.

On a observé ultérieurement au foyer avant la fin de l'inspection la politique du foyer concernant les visiteurs.

Date à laquelle la mesure corrective a été mise en œuvre : 12 septembre 2024.

AVIS ÉCRIT : Exigences en matière de refroidissement

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

Non-respect du paragraphe **23 (3) du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Exigences en matière de refroidissement

Paragraphe 23 (3) Le plan de prévention et de gestion des maladies liées à la chaleur du foyer est évalué et mis à jour au moins une fois par année conformément aux pratiques fondées sur des données probantes. Règl. de l'Ont. 246/22, paragraphe 23 (3).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que son plan de prévention et de gestion des maladies liées à la chaleur du foyer fût mis à jour et évalué en 2023.

Sources :

Examen de la politique I-L-31 intitulée contrôle des températures et maladies liées à la chaleur (*Temperature Monitoring & Heat Related Illness*), et examen des dossiers avec la ou le DSI.

Entretien avec la directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI).

AVIS ÉCRIT : Exigences générales : gestion de la douleur

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

Non-respect de la disposition **34 (1) 4 du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Exigences générales

Paragraphe 34 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au respect des règles suivantes à l'égard de chacun des programmes structurés exigés aux articles 11 à 20 de la Loi et de chacun des programmes interdisciplinaires exigés à l'article 53 du présent règlement :

4. Le titulaire de permis consigne dans un dossier chaque évaluation visée à la disposition 3, notamment la date de l'évaluation, le nom des personnes qui y ont participé, un résumé des modifications apportées et la date à laquelle ces modifications ont été mises en œuvre.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'on consigne dans un dossier l'évaluation annuelle du foyer à l'égard du programme de gestion de la douleur, comme l'exige la disposition 53 (1) 4 du Règlement de l'Ontario 246/22, pour l'année 2023.

Sources :

Examen du dossier avec l'administratrice ou l'administrateur et la ou le DSI.

Entretien avec la ou le DSI.

AVIS ÉCRIT : Services infirmiers et services de soutien personnel

Problème de conformité n° 007 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect du paragraphe **35 (4) du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Services infirmiers et services de soutien personnel

Paragraphe 35 (4) Le titulaire de permis consigne dans un dossier chaque évaluation visée à l'alinéa 3 e), notamment la date de l'évaluation, le nom des personnes qui y ont participé, un résumé des modifications apportées et la date à laquelle ces modifications ont été mises en œuvre.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à consigner dans un dossier la révision annuelle du plan de dotation en personnel pour 2023.

Sources : Entretien avec la ou le DSI.

AVIS ÉCRIT : Planification des menus

Problème de conformité n° 008 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect du paragraphe **77 (3) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Planification des menus

Paragraphe 77 (3) Le titulaire de permis veille à consigner dans un dossier chaque évaluation visée à l'alinéa (2) b), notamment la date de l'évaluation, le nom des personnes qui y ont participé, un résumé des modifications apportées et la date de mise en œuvre de ces modifications. Règl. de l'Ont. 246/22, paragraphe 390 (1).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à consigner dans un dossier l'évaluation du plus récent cycle de menus pour la dernière évaluation du cycle de menus effectuée en

2022.

Sources :

Entretien avec la ou le chef des services alimentaires.

Demande d'obtention des dossiers de la dernière évaluation du cycle de menus pour le menu en vigueur.

AVIS ÉCRIT : Prévention et contrôle des infections

Problème de conformité n° 009 – Avis écrit aux termes de la disposition 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. Règl. de l'Ont. 246/22, paragraphe 102 (2).

Le titulaire de permis n'a pas veillé au respect des normes ou protocoles que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections (PCI). Plus précisément, le titulaire de permis n'a pas veillé au respect de l'exigence supplémentaire du sous-alinéa 10.4 d) i. de la Norme de PCI, qui exige des vérifications mensuelles de l'adhésion du personnel à l'hygiène des mains, en ne veillant pas à ce qu'une vérification mensuelle de l'hygiène des mains fût effectuée en mai 2024.

Sources :

Examen du dossier des vérifications de l'hygiène des mains du foyer.

Entretien avec la ou le chef de la PCI.

AVIS ÉCRIT : Évaluation trimestrielle

Problème de conformité n° 010 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect du paragraphe **124 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Évaluation trimestrielle

Paragraphe 124 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les membres d'une équipe interdisciplinaire, devant notamment comprendre le directeur médical, l'administrateur du foyer, le directeur des soins infirmiers et des soins personnels et le fournisseur de services pharmaceutiques, se rencontrent au moins une fois tous les trois mois pour évaluer l'efficacité du système de gestion des médicaments au foyer et recommander les modifications à y apporter pour l'améliorer. Règl. de l'Ont. 246/22, paragraphe 124 (1).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les membres d'une équipe interdisciplinaire, comprenant notamment la directrice médicale ou le directeur médical, l'administratrice ou l'administrateur du foyer, la directrice ou le directeur des soins infirmiers et des soins personnels et le fournisseur de services pharmaceutiques, se rencontrent une fois tous les trois mois pour évaluer le système de gestion des médicaments. Plus précisément, le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'administratrice ou l'administrateur fût membre de cette équipe interdisciplinaire pour le plus récent examen trimestriel du système de gestion des médicaments du foyer.

Sources :

Examen du dossier des procès-verbaux de l'évaluation trimestrielle du système de gestion des médicaments du foyer.

Correspondance par courriel avec la ou le DSI.

Entretien avec l'administratrice ou l'administrateur.

AVIS ÉCRIT : Rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité

Problème de conformité n° 011 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de la disposition **168 (2) 5 du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Rapport sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité

Paragraphe 168 (2) Le rapport exigé au paragraphe (1) doit comprendre les renseignements suivants :

5. Un relevé écrit de ce qui suit :
 - i. la date à laquelle le sondage exigé à l'article 43 de la Loi a été effectué pendant l'exercice,
 - ii. les résultats du sondage effectué pendant l'exercice en vertu de l'article 43 de la Loi,
 - iii. la manière et les dates auxquelles les résultats du sondage effectué pendant l'exercice en vertu de l'article 43 de la Loi ont été communiqués aux résidents et à leur famille, au conseil des résidents, au conseil des familles, s'il y en a un, et aux membres du personnel du foyer.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le rapport de 2023 sur l'initiative d'amélioration constante de la qualité pour le foyer contînt des renseignements sur les dates auxquelles le sondage sur l'expérience des résidents et de leur famille a été effectué, sur les résultats du sondage en question, et sur la manière et les dates auxquelles les résultats du sondage ont été communiqués au conseil des résidents.

Source :

Plan d'amélioration de la qualité à l'intention des organismes de soins de santé de l'Ontario.

AVIS ÉCRIT : Programme de formation et d'orientation

Problème de conformité n° 012 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect du paragraphe **257 (3) du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Programme de formation et d'orientation

Paragraphe 257 (3) Le titulaire de permis consigne dans un dossier chaque évaluation visée au paragraphe (2), notamment la date de l'évaluation, le nom des personnes qui y ont participé, un résumé des modifications apportées et la date à laquelle ces modifications ont été mises en œuvre.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à consigner dans un dossier l'évaluation annuelle 2023 du programme de formation du foyer.

Sources :

Examen du dossier d'évaluation du programme de formation du foyer avec l'administratrice ou l'administrateur et la ou le DSI.

Entretien avec la ou le DSI.

ORDRE DE CONFORMITÉ OC n° 001 – Portes dans le foyer

Problème de conformité n° 013 – Ordre de conformité aux termes de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021).

Non-respect de la sous-disposition 12 (1) 1 **i. du Règl. de l'Ont. 246/22**

Portes dans le foyer

Paragraphe 12 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au respect des règles suivantes :

1. Toutes les portes donnant sur un escalier et sur l'extérieur du foyer, à l'exception des portes donnant sur des aires sécuritaires à l'extérieur qui empêchent les résidents de sortir, y compris les balcons et les terrasses, ou des portes auxquelles les résidents n'ont pas accès, doivent être, à la fois :
 - i. gardées fermées et verrouillées.

L'inspecteur ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de conformité [LRSLD 2021, al. 155 (1) a)] :

Le titulaire de permis doit s'assurer de ce qui suit :

- A) Veiller à ce que toutes les portes donnant sur des aires non résidentielles de l'unité de soins de longue durée (SLD) soient gardées fermées et verrouillées en tout temps quand elles ne sont pas utilisées.
- B) Veiller à ce que toute porte de l'unité de SLD qui est dotée d'un mécanisme de verrouillage automatique se verrouille automatiquement lors de la fermeture de la porte sur laquelle ce mécanisme est installé.
- C) Un membre du personnel d'encadrement effectuera au minimum deux fois par semaine pendant une durée de quatre semaines, une vérification du respect par le personnel de la fermeture et du verrouillage des portes des aires non résidentielles et de la fonctionnalité de toutes les portes dotées d'un mécanisme de verrouillage automatique.
- E) Les étapes A à C doivent être consignées par écrit pour corroborer les mesures prises et permettre à l'inspecteur de faire un examen pour déterminer la conformité.

Motifs :

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les portes donnant sur les aires non résidentielles fussent gardées fermées et verrouillées en tout temps. Plus précisément, le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les portes du local 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 d'Ottawa**347, rue Preston, bureau 410
Ottawa, ON K1S 3J4
Téléphone : 877 779-5559

rangement des services de l'environnement, de la salle de rangement des articles souillés, et des locaux d'entreposage de la cuisine fussent gardées verrouillées quand elles n'étaient pas utilisées ou supervisées par le personnel. Lors d'une observation, l'inspecteur a trouvé que la porte du local de rangement des services de l'environnement était fermée, toutefois lorsqu'il l'a vérifiée, il a trouvé qu'elle était déverrouillée. Lors d'une observation de la porte du local d'entreposage de la cuisine, l'inspecteur l'a trouvée fermée, mais non verrouillée. Lors de l'observation du local d'entreposage de la cuisine, un membre du personnel a déclaré que l'on ne verrouillait pas la porte du local d'entreposage de la cuisine. Lors d'une observation, l'inspecteur a trouvé la porte de la salle de rangement des articles souillés fermée, mais non verrouillée quand il l'a vérifiée; elle contenait de l'équipement qui semblait inapproprié pour une utilisation non supervisée par une personne résidente qui était présente dans la salle. Selon un entretien avec la ou le DSI, le local d'entreposage de la cuisine, le placard de la salle des services de l'environnement et la salle de rangement des articles souillés sont des aires non résidentielles.

Sources :

Observations du placard de la salle des services de l'environnement, du local d'entreposage de la cuisine et de la salle de rangement des articles souillés pendant l'inspection.

Entretien avec la ou le DSI.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 1^{er} novembre 2024.

ORDRE DE CONFORMITÉ OC n° 002 – Température ambiante

Problème de conformité n° 014 – Ordre de conformité aux termes de la disposition 154 (1) 2 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.

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) Veiller à ce que les températures ambiantes de l'unité de soins de longue durée (SLD) soient maintenues à 22 degrés Celsius;

B) Élaborer un plan d'action écrit mentionnant en détail les étapes des mesures immédiates à prendre par le personnel des SLD pour ramener la température de l'unité de SLD à 22 degrés Celsius tout en assurant la sécurité et le confort des personnes résidentes si l'on trouve toute aire du foyer à une température inférieure à 22 degrés. Ce plan d'action doit comprendre une disposition pour qu'un membre du personnel documente toutes les mesures prises pour ramener la température de l'unité de SLD à 22 degrés Celsius, en incluant les dates et les heures, tout en assurant la sécurité et le confort des personnes résidentes;

C) En se fondant sur le plan d'action requis à l'étape B, donner de la formation concernant leurs fonctions et responsabilités pertinentes, à tous les membres du personnel des SLD qui s'occupent des soins directs et de l'entretien;

D) Un membre de l'équipe de gestion effectuera des vérifications hebdomadaires des températures ambiantes de l'unité des SLD pour veiller à ce que la température du foyer soit maintenue à 22 degrés Celsius à compter du 30 septembre 2024,

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

jusqu'à la date de mise en conformité du 1^{er} novembre 2024. Si durant ces vérifications on trouve que la température de l'unité de SLD est descendue en dessous de 22 degrés Celsius, un membre de l'équipe de gestion veillera à ce que le plan d'action, comme l'exige l'étape B, soit mis en œuvre immédiatement, et à ce que toutes les mesures soient prises pour rectifier la température du foyer tout en assurant la sécurité et le confort des personnes résidentes. Si l'on détermine que le plan d'action n'est pas respecté, le personnel d'encadrement veillera à ce qu'un recyclage soit offert aux membres du personnel concernés pour veiller à ce qu'ils se conforment au plan requis par l'étape B;

F) Consigner dans un dossier les étapes A), B), C) et D) pour veiller au respect du présent ordre de conformité. Pour les exigences de formation ou de recyclage énoncées aux étapes C) et D), le dossier dans lequel on consigne la formation doit inclure la ou les dates et l'heure ou les heures auxquelles la formation a eu lieu, et le nom et la fonction des personnes qui y ont assisté.

Motifs :

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la température ambiante du foyer fût constamment maintenue à 22 degrés Celsius.

Selon les registres des températures ambiantes de l'unité des soins de longue durée (SLD), du 5 au 29 août, du 1^{er} au 4 septembre et le 9 septembre 2024, le foyer n'a pas veillé à ce que toutes les aires du foyer fussent maintenues à une température de 22 degrés Celsius. Du 19 au 26 août, et du 1^{er} au 3 septembre 2024, on a enregistré, dans plusieurs aires du foyer, des températures inférieures à 22 degrés Celsius pendant des durées prolongées. Deux personnes résidentes ont toutes deux indiqué lors d'entretiens avec l'inspecteur que des aires du foyer pouvaient être froides. La ou le chef de l'équipe d'entretien a déclaré qu'ils tâchaient de maintenir l'unité de SLD à 22 degrés Celsius, toutefois cela pouvait être difficile en particulier pendant les mois d'été lorsque l'installation de chauffage n'était pas

utilisée, car le système de climatisation prenait beaucoup de temps pour réagir et faire baisser sa température de refroidissement. La ou le chef de l'équipe d'entretien a également confirmé que l'unité de SLD était passée par plusieurs périodes prolongées pendant lesquelles la température était inférieure à 22 degrés Celsius.

Sources :

Registres des températures de l'unité des SLD pour août et septembre 2024.
Entretiens avec deux personnes résidentes et avec la ou le chef de l'équipe d'entretien.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 1^{er} novembre 2024.

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

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

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, 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 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;

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

- 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
438, avenue University, 8^e étage
Toronto (Ontario) M7A 1N3
Courriel : MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca

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

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.