

Rapport public

Date d'émission du rapport : 5 septembre 2025**Numéro d'inspection :** 2025-1625-0005**Inspection Type:**

Incident critique

Titulaire de permis : La municipalité régionale de Durham**Foyer de soins de longue durée et ville :** Hillsdale Terraces, Oshawa

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 13 au 15, 18 au 22, 25 et 26 août et 2 au 5 septembre 2025.

L'inspection concernait :

- Dossier : n° 00152704 – Dossier en lien avec l'éclosion d'une maladie
- Dossier : n° 00154472 – Dossier en lien avec de mauvais traitements d'ordre sexuel de la part d'une personne résidente à l'endroit d'une autre personne résidente
- Dossier : n° 00154738 – Dossier en lien avec de mauvais traitements d'ordre affectif de la part d'une personne résidente à l'endroit d'une autre personne résidente

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

- Entretien ménager, services de buanderie et services d'entretien
- Prévention et contrôle des infections
- Prévention des mauvais traitements et de la négligence
- Comportements réactifs

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité n° 001 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (LRSLD).

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

District du Centre-Est

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

Non-respect de : l'alinéa 6(1)c) de la LRSLD

Programme de soins

Paragraphe 6(1) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soit adopté, pour chaque résident, un programme de soins écrit qui établit ce qui suit :

c) des directives claires à l'égard du personnel et des autres personnes qui fournissent des soins directs au résident.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'on adopte, pour une personne résidente, un programme de soins écrit qui établit des directives claires à l'égard du personnel et des autres personnes qui fournissent des soins directs à cette personne résidente. La directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI) et une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) ont confirmé qu'il n'y avait pas d'instructions écrites concernant une personne résidente en particulier à l'intention du personnel chargé de la surveillance individuelle de cette personne résidente. Une infirmière auxiliaire autorisée ou un infirmier auxiliaire autorisé (IAA) et la personne responsable du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement (Projet OSTC) avaient deux interprétations différentes de ce que signifiait une intervention spécifique figurant dans le programme de soins, et l'intervention de surveillance individuelle n'a été ajoutée au programme de soins de la personne résidente que huit jours après avoir été mise en place.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente; entretiens avec la PSSP, l'IAA, la personne responsable du Projet OSTC et la ou le DSI.

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité n° 002 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la LRSLD.

Non-respect de : l'alinéa 6(10)c) de la LRSLD

Programme de soins

Paragraphe 6(10) – Le titulaire de permis veille à ce que le résident fasse l'objet d'une réévaluation et à ce que son programme de soins soit réexaminé et révisé tous les six mois au moins et à tout autre moment lorsque, selon le cas :

c) les soins prévus dans le programme se sont révélés inefficaces.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'une personne résidente soit réévaluée et

à ce que son programme de soins soit examiné et révisé lorsque l'on a constaté que l'intervention de surveillance individuelle a été inefficace dans les jours qui ont précédé une altercation violente avec une autre personne résidente qui est survenue à une date donnée. Les documents relatifs à l'incident et l'entretien avec la PSSP ont confirmé que les membres du personnel n'ont pas été en mesure d'appliquer l'intervention spécifiée lorsque le comportement de la personne résidente a changé, les obligeant à sortir l'autre personne résidente de cette zone du foyer. La ou le DSI a confirmé que l'intervention de surveillance individuelle avait été inefficace, étant donné que d'autres personnes résidentes avaient subi des préjudices pendant qu'elle était en place, et qu'il fallait appliquer d'autres interventions.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente; dossiers concernant la surveillance individuelle; entretiens avec la PSSP et la ou le DSI.

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

Problème de conformité n° 003 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la LRSLD.

Non-respect de : l'alinéa 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.

À une date donnée, on soupçonnait qu'une personne résidente avait infligé des mauvais traitements à une autre personne résidente, mais l'incident n'a pas été signalé au directeur avant le lendemain en soirée. L'infirmière autorisée ou l'infirmier autorisé a d'abord dit à l'IAA qui a signalé l'incident qu'il ne s'agissait pas d'un incident critique et que l'incident devait être consigné dans une note sur le comportement, puis, le lendemain, on a informé l'IAA qu'il fallait remplir un rapport d'incident critique, conformément aux instructions de la direction. La ou le DSI a confirmé que l'incident aurait dû être signalé immédiatement.

Sources : Rapport d'incident critique; entretiens avec l'IAA et la ou le DSI.

AVIS ÉCRIT : Altercations et autres interactions

Problème de conformité n° 004 – Avis écrit aux termes de l'alinéa 154(1)1 de la LRSLD.

Non-respect de : l'alinéa 59b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Altercations entre les résidents et autres interactions

Article 59 – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que des mesures soient prises afin de réduire au minimum les risques d'altercations et d'interactions susceptibles de causer un préjudice entre et parmi les résidents, notamment :

b) en identifiant des mesures d'intervention et en les mettant en œuvre.

Le titulaire de permis a omis de mettre en œuvre des interventions visant à réduire au minimum les risques d'altercations entre deux personnes résidentes; en effet, l'une des personnes résidentes aurait infligé des mauvais traitements à l'autre à une date donnée. Les entretiens avec des membres du personnel, les notes sur l'évolution de la situation et un formulaire de surveillance individuelle ont confirmé qu'une surveillance individuelle étroite avait été mise en place dans le but de détourner l'attention de la personne résidente de l'autre personne résidente, mais que le personnel n'a pas été en mesure d'exécuter l'intervention, ce qui a entraîné des incidents continus de mauvais traitements présumés à l'endroit de cette autre personne résidente.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente; entretiens avec la PSSP, l'IAA, la personne responsable du Projet OSTC et la ou le DSI.

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) No 001 – Entretien ménager

Problème de conformité n° 005 – Ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154(1)2 de la LRSLD.

Non-respect du : sous-alinéa 93(2)b)(iii) du Règl. de l'Ont. 246/22

Entretien ménager

Paragraphe 93(2) – Dans le cadre du programme structuré de services d'entretien ménager prévu à l'alinéa 19 (1) a) de la Loi, le titulaire de permis veille à ce que soient élaborées et mises en œuvre des marches à suivre visant ce qui suit :

b) le nettoyage et la désinfection des articles suivants conformément aux instructions

du fabricant et au moyen, au minimum, d'un désinfectant de faible niveau conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises :

(iii) les surfaces de contact.

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 s'assurer de ce qui suit :

1) Les personnes responsables des services environnementaux et la praticienne ou le praticien en matière de prévention et de contrôle des infections (PCI) du foyer se réunissent pour examiner les produits désinfectants généraux utilisés dans le foyer et cesser d'utiliser les produits redondants (le cas échéant), en conservant dans un dossier de l'information sur les réunions et/ou les discussions, les dates de celles-ci, les mesures prises et la liste des produits désinfectants généraux approuvés qui découle des réunions.

2) Les personnes responsables des services environnementaux affichent une liste des produits désinfectants généraux approuvés dans laquelle figurent les durées de contact correspondantes et les utilisations prévues dans chaque unité où sont fournis des soins aux personnes résidentes et à tout autre endroit approprié pour que les membres du personnel puissent la consulter rapidement.

3) Les personnes responsables des services environnementaux informent tous les membres du personnel qui utilisent les produits désinfectants généraux des résultats de l'examen des produits, y compris, au minimum, des modifications apportées (le cas échéant), des personnes à contacter s'ils ont des questions et de l'endroit où est affichée la liste des produits désinfectants généraux approuvés et de leurs usages.

4) La superviseure ou le superviseur des services environnementaux ou la personne formée désignée donne une formation en personne à la personne responsable des services environnementaux n° 108 concernant au moins les sujets suivants : le respect des durées de contact des désinfectants selon la liste des produits désinfectants généraux approuvés par le foyer, et l'utilisation appropriée de chaque produit désinfectant selon les instructions du fabricant et les politiques de nettoyage du foyer (p. ex. utiliser la concentration recommandée, ne pas diluer avec de l'eau du robinet). Conserver dans un dossier de l'information concernant la date et le contenu de la formation, ainsi que les signatures du formateur et du membre du personnel formé confirmant que le membre du personnel a suivi et compris la formation.

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

District du Centre-Est

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

Motifs

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que des procédures soient mises en œuvre pour le nettoyage et la désinfection des surfaces de contact conformément aux spécifications du fabricant et au moyen, au minimum, d'un désinfectant de faible niveau, conformément aux pratiques fondées sur des données probantes ou, s'il n'y a pas de telles pratiques, conformément aux pratiques courantes; en effet, une personne responsable des services environnementaux a rincé le désinfectant de l'évier de la salle de bain avant que le temps de contact recommandé ne soit écoulé, et a dilué le désinfectant sur le chiffon en microfibres et l'a essoré avant de nettoyer la toilette. La superviseure ou le superviseur des services environnementaux a confirmé que la durée de contact n'a pas été respectée.

Sources : Démarche d'observation du nettoyage de la salle de bain d'une personne résidente; entretiens avec des membres du personnel (personne responsable des services environnementaux et superviseure ou superviseur).

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le :
14 novembre 2025.

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) No 002 – Programme de prévention et de contrôle des infections

Problème de conformité n° 006 – Ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154(1)2 de la LRSLD.

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).

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 s'assurer de ce qui suit :

1) La praticienne ou le praticien en matière de PCI ou la personne formée désignée

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

District du Centre-Est

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

offre une formation en personne sur l'utilisation appropriée de l'équipement de protection individuelle (EPI) aux membres du personnel suivants : la personne responsable des services environnementaux n° 108, les personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP) n°s 106, 107 et 110 et l'assistante ou l'assistant en physiothérapie n° 112.

2) La formation sur l'EPI énoncée ci-dessus porte au minimum sur les sujets suivants : l'importance de lire et de suivre les précautions supplémentaires, les lieux de stockage de l'EPI appropriés (pas dans les poches), quand et comment enfiler, retirer et éliminer l'EPI, et comment empêcher la contamination des zones/surfaces propres par de l'EPI souillé. Conserver dans un dossier de l'information concernant la date et le contenu de la formation, ainsi que les signatures du formateur et des membres du personnel formés confirmant que les membres du personnel ont suivi et compris la formation.

3) La praticienne ou le praticien en matière de PCI invite le personnel infirmier de première ligne (PSSP et membres du personnel autorisé) à former un comité consultatif qui se réunira pour étudier la raison pour laquelle les gants sont rangés dans les poches, relever les problèmes et obstacles qui empêchent d'accéder facilement à l'EPI et élaborer et mettre en œuvre un plan visant à améliorer l'accessibilité de l'EPI pour le personnel de l'unité Rose Garden.

4) Les personnes responsables des services environnementaux mettent fin à la pratique consistant à utiliser une brosse pour cuvettes hygiéniques commune dans l'unité Rose Garden en élaborant et en mettant en œuvre un nouveau processus qui empêche le transport d'une brosse d'une chambre à l'autre.

5) La praticienne ou le praticien en matière de PCI élabore et met en œuvre un processus permettant de s'assurer que l'affichage des précautions supplémentaires sur la porte de la chambre de toutes les personnes résidentes nécessitant des précautions supplémentaires correspond aux précautions supplémentaires actuelles ordonnées par le médecin hygiéniste ou Santé publique Ontario ou énoncées dans le tableau figurant à l'Annexe N : Syndromes et états cliniques ainsi que le niveau de précautions nécessaires du document du Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI) intitulé Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de soins de santé (version de juin 2025).

6) La superviseure ou le superviseur des services environnementaux ou la personne formée désignée offre une formation en personne à la personne responsable des services environnementaux n° 108 concernant les mesures à prendre pour éviter d'utiliser du matériel contaminé dans les chambres des personnes résidentes, comme les manches/têtes de vadrouille, les chiffons en microfibrés et les brosses pour cuvettes hygiéniques. Conserver dans un dossier de l'information concernant la date et le

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

District du Centre-Est

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa (Ontario) L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

contenu de la formation, ainsi que les signatures du formateur et des membres du personnel formés confirmant que les membres du personnel ont suivi et compris la formation.

Motifs

1. Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'une norme délivrée par la directrice ou le directeur concernant la prévention et le contrôle des infections respecte l'alinéa 9.1f) de la Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée (la « Norme ») [septembre 2023], qui stipule qu'au minimum, les précautions supplémentaires doivent inclure des exigences supplémentaires concernant l'EPI, notamment le choix, le port, le retrait et l'élimination de façon appropriée.

Une personne responsable des services environnementaux a contaminé le chariot d'entretien ménager avec des gants souillés; la superviseuse ou le superviseur des services environnementaux a confirmé qu'il fallait changer de gants et se laver les mains avant d'accéder au chariot.

On a vu trois PSSP ranger leurs gants dans leurs poches, une pratique déconseillée par la praticienne ou le praticien en matière de PCI, mais reconnue comme courante dans l'ensemble du foyer.

Une assistante ou un assistant en physiothérapie est entré(e) dans la chambre d'une personne résidente de l'unité Rose Garden, passant devant une affiche de précautions supplémentaires indiquant qu'il fallait porter l'EPI complet, et portait uniquement des gants alors qu'elle ou il a aidé la personne résidente. La praticienne ou le praticien en matière de PCI a confirmé qu'une blouse et des gants étaient nécessaires.

En omettant de sélectionner, d'enfiler, de retirer et d'éliminer correctement l'EPI, le titulaire de permis a contribué à la chaîne de transmission pendant une période où une maladie non diagnostiquée causant de l'inconfort aux personnes résidentes se propageait de façon incontrôlée.

Sources : Démarches d'observation de l'utilisation de l'EPI dans l'unité Rose Garden; entretiens avec des membres du personnel (deux PSSP, deux responsables des services environnementaux, la superviseuse ou le superviseur des services

environnementaux et la praticienne ou le praticien en matière de PCI).

2. Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'une norme délivrée par la directrice ou le directeur concernant la prévention et le contrôle des infections respecte l'alinéa 9.1e) de la Norme [septembre 2023], qui stipule qu'au minimum, les précautions supplémentaires doivent inclure une affiche au point de service indiquant que des mesures de contrôle améliorées en matière de prévention et contrôle des infections sont en place.

Malgré la directive de Santé publique Ontario selon laquelle les personnes résidentes atteintes d'un problème de santé donné ou recevant un traitement pour ce problème doivent faire l'objet de précautions quant aux contacts, des affiches faisant état de précautions supplémentaires erronées sont restées sur les portes des chambres des personnes résidentes pendant deux jours. Une ou un IAA a incorrectement décrit à une assistante ou un assistant en physiothérapie l'EPI nécessaire pour s'occuper d'une personne résidente de l'unité Rose Garden. La praticienne ou le praticien en matière de PCI a confirmé que l'affiche n'était pas la bonne et l'a changée par la suite.

En semant la confusion en affichant les mauvaises précautions supplémentaires, le titulaire de permis a contribué à la chaîne de transmission pendant une période où une maladie causant de l'inconfort aux personnes résidentes se propageait de façon incontrôlée.

Sources : Démarches d'observation des affiches de précautions supplémentaires; entretiens avec des membres du personnel (une assistante ou un assistant en physiothérapie, une ou un IAA et la praticienne ou le praticien en matière de PCI).

3. Le titulaire de permis a omis de veiller à ce qu'une norme délivrée par la directrice ou le directeur concernant la prévention et le contrôle des infections respecte le sous-alinéa 9.1e)a. de la Norme [septembre 2023], qui stipule qu'au minimum, les pratiques de base doivent comporter des contrôles de l'environnement, y compris, mais non exclusivement, l'emplacement/le placement de l'équipement des personnes résidentes.

Un membre du personnel responsable des services environnementaux a confirmé que l'on avait utilisé du matériel de nettoyage contaminé dans les chambres des personnes résidentes. Selon le document provincial sur les pratiques exemplaires et la

superviseure ou le superviseur des services environnementaux, les fournitures et l'équipement contaminés ne doivent pas être transportés d'une chambre à l'autre.

En utilisant du matériel de nettoyage contaminé dans les chambres des personnes résidentes, le titulaire de permis a contribué à la chaîne de transmission pendant une période où une maladie causant de l'inconfort aux personnes résidentes se propageait de façon incontrôlée.

Sources : Démarches d'observation du matériel et du chariot d'entretien ménager; page 67 du document Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de soins de santé du CCPMI, 3^e édition, avril 2018; entretiens avec des membres du personnel (membre du personnel des services environnementaux et superviseure ou superviseur).

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le :
14 novembre 2025.

Un avis de pénalité administrative (APA) est délivré dans le cadre du présent avis écrit – APA n° 001

AVIS DE PÉNALITÉ ADMINISTRATIVE

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (LRSLD).

Avis de pénalité administrative (APA n° 001)

Lié à l'ordre de conformité n° 002

En vertu de l'article 158 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*, le titulaire de permis doit payer une pénalité administrative de 11 000 \$, 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 imposée pour les raisons suivantes : Le titulaire de permis n'a pas respecté une exigence, ce qui a donné lieu à la délivrance d'un ordre en vertu de l'article 155 de la Loi. De même, le titulaire de permis a omis de respecter cette même exigence au cours des trois années ayant précédé immédiatement la date de délivrance

de l'ordre en question.

Historique de la conformité :

2025-1625-0004 – Avis écrit délivré le 17 juillet 2025

2025-1625-0001 – Avis écrit délivré le 22 janvier 2025

2024-1625-0003 – Ordre de de conformité délivré le 14 novembre 2024 avec APA au montant de 5 500 \$

2024-1625-0001 – Ordre de conformité hautement prioritaire délivré le 23 février 2024

Il s'agit de la première fois que le titulaire de permis ne respecte pas l'exigence en question.

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

Le titulaire de permis ne doit pas payer un APA au moyen d'une enveloppe pour les soins aux résidents fournie par le ministère [c.-à-d. soins infirmiers et personnels (SIP); services de programmes et de soutien (SPS); et aliments crus (AC)]. 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 résidents 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 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

District du Centre-Est

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

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.