

## Rapport public

**Date d'émission du rapport** : 8 décembre 2025**Numéro d'inspection** : 2025-1625-0007**Type d'inspection** :

Plainte

Incident critique

Suivi d'un ordre du directeur ou de la directrice

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

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 18 au 20 et du 24 au 27 novembre; et les 1<sup>er</sup> et 4 décembre 2025.

L'inspection a eu lieu à distance aux dates suivantes : le 28 novembre 2025 et les 2 et 3 décembre 2025.

Les inspections concernaient :

- quatre signalements liés à des substances désignées manquantes.
- un signalement d'une allégation de mauvais traitements d'ordre affectif
- un signalement d'une plainte d'allégation de négligence
- un signalement d'une allégation de mauvais traitements financiers
- Un signalement lié au suivi de l'ordre du directeur ou de la directrice n<sup>o</sup> : 1 – alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

## Ordres de conformité délivrés antérieurement

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

Ordre du directeur ou de la directrice n<sup>o</sup> 001 en vertu de l'alinéa 102 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22,

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

Gestion des médicaments

Prévention et contrôle des infections  
Prévention des mauvais traitements et de la négligence  
Gestion de la douleur

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### AVIS ÉCRIT : Participation de la personne résidente

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

#### Non-respect du : paragraphe 6 (5) de la LRSLD (2021)

Programme de soins

Paragraphe 6 (5) Le titulaire de permis veille à ce que le résident, son mandataire spécial, s'il en a un, et toute autre personne que le résident ou le mandataire spécial désigne aient la possibilité de participer pleinement à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de soins du résident.

Une personne résidente n'a pas eu la possibilité de participer à l'élaboration et à la mise en œuvre de son programme de soins concernant ses préférences en matière de soins personnels.

**Sources** : dossiers cliniques de la personne résidente, notes d'enquête du foyer, entretiens avec la personne résidente et les membres du personnel.

### AVIS ÉCRIT : Cas où une réévaluation et une révision sont nécessaires

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

#### Non-respect de : l'alinéa 6 (10) b) de la LRSLD (2021)

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 :

b) les besoins du résident en matière de soins évoluent ou les soins prévus dans le programme ne sont plus nécessaires;

1. Le programme de soins d'une personne résidente concernant la gestion de la

douleur et des médicaments n'a pas été mis à jour pour tenir compte de ses besoins actuels.

**Sources** : les dossiers médicaux de la personne résidente, la politique en matière de gestion de la douleur et les entretiens avec le personnel.

2. Le programme de soins d'une personne résidente concernant la gestion de la douleur et des médicaments n'a pas été mis à jour pour tenir compte de ses besoins actuels.

**Sources** : dossier clinique de la personne résidente, politique de gestion de la douleur et entretiens avec les membres du personnel.

## AVIS ÉCRIT : Obligation de protéger

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

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

Obligation de protéger

Paragraphe 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.

Des objets personnels ont été retirés du placard d'une personne résidente à l'insu et sans le consentement de son mandataire spécial, ce qui a entraîné de mauvais traitements financiers.

**Sources** : rapport d'incident critique, dossier d'enquête interne du foyer, dossier clinique de la personne résidente, entretiens avec les membres du personnel.

## AVIS ÉCRIT : Traitement des plaintes

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

**Non-respect de : l'alinéa 108 (1) 2. du Règl. de l'Ont. 246/22**

Traitement des plaintes

Paragraphe 108 (1) Le titulaire de permis veille à ce que chaque plainte écrite ou verbale qu'il reçoit ou que reçoit un membre du personnel concernant les soins fournis à un résident ou l'exploitation du foyer soit traitée comme suit :

2. Si la plainte ne peut pas faire l'objet d'une enquête et d'un règlement dans les 10 jours ouvrables, un accusé de réception de la plainte est donné dans les 10 jours ouvrables qui suivent la réception de la plainte. Il énonce notamment la date limite à laquelle l'auteur de la plainte peut raisonnablement s'attendre à un règlement et une réponse de suivi conforme à la disposition 3 est donnée dès que possible dans les circonstances.

Une plainte verbale émanant du mandataire spécial d'une personne résidente a été reçue par le titulaire de permis à une date précise. Au moment de l'inspection, il n'y avait aucun document indiquant que le mandataire spécial avait été contacté par le foyer pour accuser réception de la plainte, indiquer la date à laquelle l'auteur ou l'autrice de la plainte pouvait raisonnablement s'attendre à une résolution, et donner une réponse de suivi.

**Sources :** rapport d'incident clinique, dossiers cliniques d'une personne résidente, politique de gestion des plaintes du foyer et entretien avec les membres du personnel.

**AVIS ÉCRIT : Rapports : incidents graves**

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

**Non-respect de : l'alinéa 115 (3) 3. du Règl. de l'Ont. 246/22**

Rapports : incidents graves

Paragraphe 115 (3) Le titulaire de permis veille, d'une part, à aviser le directeur lorsque se produisent au foyer les incidents suivants et ce, au plus tard un jour ouvrable après l'incident, et, d'autre part à faire suivre le rapport exigé au paragraphe (5) :

3. Une substance désignée manque ou il existe une différence d'inventaire.

Une ou un membre du personnel a signalé à un autre qu'une substance désignée, destinée à une personne résidente à une date donnée, avait disparu. L'absence de la substance désignée n'a pas été signalée comme un incident critique dans un délai d'un jour ouvrable.

**Sources :** rapport d'incident critique, dossier clinique de la personne résidente, rapport d'incident lié aux médicaments, politique du foyer relative aux médicaments sous surveillance et entretien avec les membres du personnel.

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

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

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

Rapports : incidents graves

Paragraphe 115 (5) Le titulaire de permis qui est tenu d'informer le directeur d'un incident en application du paragraphe (1), (3) ou (4), dans les 10 jours qui suivent le moment où il prend connaissance de l'incident, ou plus tôt si le directeur l'exige, fait un rapport écrit au directeur où figurent les renseignements suivants à l'égard de l'incident :

1. Une description de l'incident, notamment le type d'incident, le secteur ou l'endroit où il s'est produit, la date et l'heure de l'incident, et les circonstances qui l'entourent.
2. Une description des particuliers impliqués dans l'incident, notamment :
  - i. le nom de tous les résidents impliqués dans l'incident,

**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

ii. le nom des membres du personnel ou des autres personnes qui étaient présents lors de l'incident ou qui l'ont découvert,

iii. le nom des membres du personnel qui sont intervenus ou qui interviennent suite à l'incident.

3. Les mesures prises par suite de l'incident, notamment :

i. les soins qui ont été donnés ou les mesures qui ont été prises par suite de l'incident, et par qui,

ii. une mention indiquant si un médecin ou une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé de la catégorie supérieure a été contacté,

iii. les autres autorités qui ont été contactées au sujet de l'incident, le cas échéant,

iv. si l'incident implique un résident, une mention indiquant si un membre de sa famille, une personne d'importance pour lui ou son mandataire spécial a été contacté ainsi que le nom de cette ou de ces personnes,

v. le résultat atteint ou l'état actuel du ou des particuliers impliqués dans l'incident.

4. Une analyse et des mesures de suivi, notamment :

i. les mesures immédiates qui ont été prises pour prévenir toute récurrence,

ii. les mesures à long terme planifiées pour remédier à la situation et prévenir toute récurrence.

5. Les nom et titre de la personne qui a initialement fait rapport au directeur en application du paragraphe (1) ou (3), la date du rapport et une mention indiquant si un inspecteur a été contacté et, le cas échéant, la date de la prise de contact et le nom de l'inspecteur. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 115 (5).

Un incident critique concernant la disparition d'une substance non désignée a été signalé en dehors des heures de travail comme s'étant produit à une date précise, mais le rapport écrit requis n'a été soumis au directeur ou à la directrice que 17 jours plus tard.

**Sources** : rapport d'incident critique et entretiens avec les membres du personnel.

## AVIS ÉCRIT : Administration des médicaments

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

### Non-respect du : paragraphe 140 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Administration des médicaments

Paragraphe 140 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qu'aucun médicament ne soit utilisé par un résident du foyer ou ne lui soit administré, à moins que le médicament ne lui ait été prescrit. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 140 (1).

À une date donnée, il a été constaté qu'une personne résidente s'était vu administrer un médicament qui ne lui avait pas été prescrit.

**Sources** : rapport d'incident critique et entretiens avec les membres du personnel.

## ORDRE DE CONFORMITÉ OC n° 001 Gestion de la douleur

Problème de conformité n° 008 Ordre de conformité en vertu de la disposition 154 (1) 2. de la LRSLD (2021)

### Non-respect de : l'alinéa 57 (1) 4. du Règl. de l'Ont. 246/22

Gestion de la douleur

Paragraphe 57 (1) Le programme de gestion de la douleur doit au minimum prévoir ce qui suit :

4. La surveillance des réactions des résidents aux stratégies de gestion de la douleur et de l'efficacité de ces stratégies.

### 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)] :

Le titulaire de permis doit se conformer à ce qui suit :

1. Organiser des réunions interdisciplinaires à propos des personnes résidentes concernées afin d'examiner et de mettre à jour leurs programmes de soins relatifs à la gestion de la douleur et de prévoir des mesures d'intervention claires pour évaluer et gérer leur douleur, ainsi que le processus de contrôle de l'efficacité de la

**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

gestion de la douleur. Les programmes de soins doivent indiquer les circonstances où le dépistage de la douleur et l'évaluation complète de la douleur sont nécessaires.

2. Informer le personnel de la section de chaque personne résidente à la mise à jour des programmes de soins pour la gestion de la douleur.
3. Tenir un dossier documenté des réunions interdisciplinaires, des programmes de soins mis à jour et de la formation du personnel.
4. Effectuer des vérifications hebdomadaires pendant quatre semaines de la gestion de la douleur des personnes résidentes en question afin de s'assurer que le personnel effectue un dépistage de la douleur et des évaluations complètes de la douleur, comme l'exige le programme de soins, et d'évaluer l'efficacité du programme de gestion de la douleur des personnes résidentes. Conserver une trace écrite des vérifications hebdomadaires.

1. Le programme de gestion de la douleur n'a pas été mis en œuvre de manière efficace pour une personne résidente lorsque sa substance désignée était manquante et que la douleur était décelée.

**Motifs**

La politique du foyer en matière de substances désignées exige un suivi attentif des niveaux de douleur et des effets indésirables. La politique de gestion de la douleur prévoit un dépistage de la douleur à la suite d'un changement de l'état clinique à l'aide de l'évaluation globale de la douleur du foyer.

À deux dates précises, la disparition d'une substance désignée d'une personne résidente a été constatée. Une évaluation complète de la douleur n'a pas été réalisée à la date en question et a été reportée au lendemain de la réapplication du timbre.

Les dossiers médicaux cliniques de la personne résidente montrent qu'à de multiples dates, des médicaments contre la douleur ont été administrés au besoin lorsque le traitement habituel de la douleur n'a pas été efficace, et que les niveaux de douleur ont été documentés fréquemment. Des évaluations complètes de la douleur n'ont été réalisées qu'à quatre dates précises et ont été répertoriées comme étant déclenchées par d'autres évaluations plutôt que par l'absence de timbres ou par une douleur non contrôlée.

Les entretiens ont révélé des pratiques de surveillance incohérentes : Le personnel

**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 rapporté que la personne résidente semblait souffrir énormément et qu'elle résistait aux soins. Un autre membre du personnel a déclaré que la personne résidente avait un diagnostic médical particulier et qu'elle souffrait toujours, ce qui nécessitait fréquemment des médicaments au besoin, alors que d'autres membres du personnel n'administraient pas de médicaments au besoin aussi souvent. Le ou la responsable de la gestion de la douleur a reconnu que des évaluations complètes de la douleur devaient être effectuées lorsque la douleur n'est pas soulagée par les médicaments administrés au besoin et a confirmé que le foyer ne disposait pas d'un processus permettant d'évaluer l'efficacité des substances désignées au-delà des rondes hebdomadaires de contrôle de la douleur. Le personnel a confirmé que le foyer aurait dû procéder à une évaluation complète de la douleur lorsque la substance désignée de la personne résidente était manquante.

Le fait de ne pas procéder à l'évaluation de la douleur en temps voulu lorsqu'une substance désignée manque ou que la douleur est constatée, présente un risque de douleur non soulagée et de contrôle inadéquat de la douleur pour la personne résidente.

**Sources :** deux rapports d'incident critique, dossiers médicaux des personnes résidentes, politique de gestion de la douleur, politique sur les médicaments de niveau d'alerte élevé et entretiens avec le personnel.

1. Le programme de gestion de la douleur n'a pas été mis en œuvre de manière efficace pour une personne résidente lorsque sa substance désignée était manquante et pour déterminer si la gestion de la douleur était efficace.

**Motifs**

À une date précise, la disparition d'une substance désignée d'une personne résidente a été signalée. Aucune évaluation de la douleur n'a été réalisée à ce moment. Le personnel a trouvé ce qu'il pensait être la substance désignée de la personne résidente. Le lendemain, le personnel s'est rendu compte que la substance désignée n'était pas celle prescrite pour la personne résidente. Une nouvelle ordonnance pour une substance désignée a été obtenue pour la personne résidente. Une évaluation de la douleur a été réalisée dans l'après-midi après l'application du nouveau timbre.

L'examen de la documentation montre que le foyer n'a réalisé qu'une seule évaluation complète de la douleur pour la personne résidente en cinq ans, à une

date donnée. Aucun document n'indique comment le foyer surveille l'efficacité de la gestion de la douleur des personnes résidentes au moyen de leur substance désignée.

Le fait de ne pas effectuer d'évaluation de la douleur en temps utile lorsqu'une substance désignée est manquante ou remplacée pour une personne résidente présente un risque de douleur non gérée, d'intervention retardée et de réduction de la qualité de vie.

**Sources** : rapport d'incident critique, dossiers médicaux des personnes résidentes, politique de gestion de la douleur, politique sur les médicaments de niveau d'alerte élevé et entretiens avec les membres du personnel.

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 27 février 2026.**

## **ORDRE DE CONFORMITÉ OC n° 002 Système de gestion des médicaments**

Problème de conformité n° 009 Ordre de conformité en vertu de la disposition 154 (1) 2. de la LRSLD (2021)

### **Non-respect de : l'alinéa 123 (3) a) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Système de gestion des médicaments

Paragraphe 123 (3) Les politiques et protocoles écrits doivent :

a) être élaborés, mis en œuvre, évalués et mis à jour conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises; et

### **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)] :**

Le titulaire de permis doit se conformer à ce qui suit :

1. Organiser des réunions interdisciplinaires pour réviser et mettre à jour les programmes de soins des personnes résidentes concernées au sujet de la gestion des médicaments afin de répondre à leurs besoins actuels et d'assurer une gestion sûre des médicaments et une pharmacothérapie optimisée. L'examen doit inclure des instructions pour une gestion et un suivi sûrs de la substance désignée de la personne résidente par le personnel autorisé et non autorisé.
2. Informer le personnel de la section de chaque personne résidente à la mise à jour

des programmes de soins pour la gestion des médicaments.

3. Tenir un dossier documenté des réunions interdisciplinaires, des programmes de soins mis à jour et de la formation du personnel.

4. Effectuer des vérifications quotidiennes pendant deux semaines de la substance désignée de la personne résidente concernée afin de s'assurer de la conformité avec la politique et les programmes de soins. La vérification doit porter sur les points suivants :

a. Vérification visuelle de la présence, de l'étiquetage et de l'administration correcte de la substance désignée.

b. La documentation examinée indique que deux infirmiers ou infirmières ont contrôlé la substance désignée ensemble, au bon moment, et ont documenté l'emplacement de la substance désignée.

c. Les documents figurant sur le formulaire eMAR/eTAR et sur le formulaire de suivi des substances désignées ont été remplis correctement.

d. Formation du personnel concernant tout écart constaté lors du contrôle

e. Conserver une copie de la vérification comprenant l'heure et la date, le nom de la personne qui a effectué la vérification, les domaines contrôlés, les écarts constatés et le nom du personnel formé, le cas échéant.

5. Fournir une nouvelle formation à un membre du personnel précisé concernant l'administration sûre des médicaments, y compris une révision du programme d'administration des médicaments et du programme de médicaments sous surveillance du foyer. Conservez une copie des dossiers de formation, y compris la date, l'heure et le contenu de la formation.

### **Motifs**

1. À une date donnée, le personnel a constaté un écart dans le décompte des substances désignées pour la dose de substance désignée d'une personne résidente. Les enregistrements de la substance désignée sur le registre des médicaments pour la période des dates précisées ont montré qu'ils avaient été modifiés par le personnel. La dose manquante de la substance désignée n'avait pas été retrouvée ni comptabilisée au moment de l'inspection.

**Sources :** rapport d'incident critique, dossier clinique de la personne résidente, rapport d'incident lié aux médicaments, politique du foyer en matière de médicaments sous surveillance et entretien avec les membres du personnel.

2. Le système de gestion des médicaments n'a pas garanti une gestion sûre des médicaments et n'a pas optimisé les résultats de la pharmacothérapie pour deux

personnes résidentes concernées.

**Motifs**

À trois dates précises, le foyer a soumis des rapports d'incidents critiques au sujet de substances désignées manquantes.

Les politiques du foyer exigent de contrôler et de documenter la présence de substances désignées chaque quart de travail et indiquent les mesures à prendre en cas d'absence d'une substance désignée.

À une date précise, la disparition d'une substance désignée d'une personne résidente a été signalée entre deux vérifications. Une recherche n'a pas permis de trouver la substance désignée manquante, bien que le personnel ait confirmé que la personne résidente ne pouvait pas se déplacer et qu'elle était incapable d'éliminer elle-même de la substance désignée.

À une date donnée, il a été signalé qu'une substance désignée pour une personne résidente avait disparu. Après une recherche, le personnel l'a trouvée et lui a réadministré la substance désignée. Le lendemain, il a été constaté que la substance désignée destinée à la personne résidente n'était pas la bonne. Le personnel a affirmé que la politique du foyer était de signaler immédiatement la disparition d'une substance désignée, d'appeler le médecin et d'obtenir une ordonnance pour une nouvelle substance désignée. En outre, le foyer a reconnu que le personnel ne suivait pas les politiques du foyer en matière de gestion des médicaments.

À une date en particulier, la documentation indique que le personnel infirmier de jour et de soir n'avait pas respecté la politique qui veut que deux infirmiers ou infirmières vérifient ensemble le contrôle d'une substance désignée donnée pour une personne résidente. Les entretiens ont confirmé que le personnel ne suivait pas systématiquement les protocoles de contrôle et les normes de vérification de l'identité.

Les enquêtes menées par le foyer ont reconnu des manquements aux politiques de gestion des médicaments et aux exigences en matière de documentation, et le personnel a fait l'objet de mesures disciplinaires et soumis à une nouvelle formation.

Le système de gestion des médicaments n'a pas garanti une gestion sûre des

**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

substances désignées pour deux personnes résidentes en particulier, ce qui a entraîné un risque de douleur non gérée, d'erreurs de médication et de détournement potentiel des substances désignées.

**Sources :** trois rapports d'incident critique, notes d'enquête du foyer, politique de médiation en cas d'alerte élevée, politique du programme d'administration des médicaments, politique relative aux médicaments sous surveillance, dossiers de santé clinique des personnes résidentes et entretiens avec les membres du personnel.

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 27 février 2026.**

## 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 de ces ordres ou de cet avis de pénalité administrative 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 permis demande la révision d'un APA, l'obligation de payer est suspendue jusqu'à la décision de la révision.

Remarque : En vertu de la Loi, les frais de réinspection ne peuvent faire l'objet d'une révision par le directeur ou d'un appel auprès de la Commission d'appel et de révision des services de santé (CARSS). La demande de révision par 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  
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 :

- a) par courrier recommandé, elle est réputée être effectuée le cinquième jour après

**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

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 suivants, 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, 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 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.

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

À l'attention du registraire  
151, rue Bloor Ouest, 9<sup>e</sup> 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

**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

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).