

## Rapport public

**Date d'émission du rapport** : 17 février 2026

**Numéro d'inspection** : 2026-1528-0002

**Type d'inspection** :

Inspection proactive de conformité

**Titulaire de permis** : Ina Grafton Gage Home of Toronto

**Foyer de soins de longue durée et ville** : Ina Grafton Gage Home, Scarborough

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 4 au 6, 9 au 13 et 17 février 2026

L'inspection concernait :

- Signalement : n° 00169536 – Inspection proactive de conformité

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

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

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### Non-respect de conformité rectifié

Un **non-respect** de conformité a été constaté lors de cette inspection et il a

été **rectifié** par le titulaire de permis avant la fin de l'inspection. L'inspectrice ou l'inspecteur a jugé que le non-respect répondait à l'intention du paragraphe 154(2) et qu'aucune autre mesure n'était nécessaire.

Problème de conformité n° 001 – Rectifié en vertu de la disposition 154 (2) de la LRSLD (2021).

**Non-respect de : l'alinéa 6 (10) b) 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 :

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

L'ordre de traitement d'une personne résidente n'a pas été interrompu après la guérison de sa blessure.

**Sources** : Dossiers cliniques de la personne résidente; entretiens avec des membres du personnel.

Date de mise en œuvre de la rectification : 11 février 2026

Problème de conformité n° 002 – Rectifié en vertu de la disposition 154 (2) de la LRSLD (2021).

**Non-respect de : la disposition 79 (1) 4 du Règl. de l'Ont. 246/22**

Service de restauration et de collation

Paragraphe 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 :

4. Un processus pour faire en sorte que les préposés au service d'alimentation et les autres membres du personnel chargés d'aider les résidents soient au courant des régimes, des besoins particuliers et des préférences des résidents.

Une personne résidente s'est vue servir un aliment alors qu'elle n'aimait pas les choix proposés pour un repas, et cette préférence n'a pas été consignée dans le carnet alimentaire du foyer.

**Sources** : Démarche d'observation de la personne résidente; examen du carnet

alimentaire; entretiens avec des membres du personnel.

Date de mise en œuvre de la rectification : 5 février 2026.

Problème de conformité n° 003 – Rectifié en vertu de la disposition 154 (2) 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).

On a vu qu'il n'y avait pas, à l'entrée et dans tout le foyer, des affiches présentant les signes et les symptômes des maladies infectieuses à des fins d'autosurveillance, ainsi que les mesures à prendre si une maladie de ce type était soupçonnée ou confirmée chez une personne, ce qui était pourtant exigé. On a apposé les affiches en question après que l'on a signalé leur absence à la personne responsable de la prévention et du contrôle des infections.

**Sources** : Démarches d'observation effectuées dans le foyer; entretiens avec des membres du personnel.

Date de mise en œuvre de la rectification : 6 février 2026

**AVIS ÉCRIT : Déclaration des droits des résidents**

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

**Non-respect du : sous-alinéa 3 (1) 19. iv. de la LRSLD**

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 :

19. Le résident a le droit :

iv. de voir respecter, conformément à la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé*, le caractère confidentiel de ses renseignements personnels sur la santé au sens de cette loi et d'avoir accès à ses dossiers de renseignements personnels sur la santé, y compris son programme de soins, conformément à cette loi.

On a trouvé un objet contenant les renseignements personnels d'une personne résidente dans la poubelle.

**Sources** : Démarches d'observation dans l'unité concernée; entretiens avec des membres du personnel.

### **AVIS ÉCRIT : Sondage sur l'expérience des résidents et de leur famille / fournisseur de soins**

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

#### **Non-respect du : paragraphe 43 (4) de la LRSLD (2021)**

Sondage sur l'expérience des résidents et de leur famille / fournisseur de soins

Paragraphe 43 (4) – Le titulaire de permis demande conseil au conseil des résidents et au conseil des familles, s'il y en a un, pour ce qui est de réaliser le sondage et de donner suite aux résultats qui en découlent.

Le titulaire de permis a omis de demander conseil au conseil des résidents et au conseil des familles pour ce qui est de réaliser le sondage sur l'expérience des résidents et de leur famille / fournisseur de soins.

**Sources** : Procès-verbaux des réunions du conseil des résidents et du conseil des familles; entretiens avec la présidente ou le président du conseil des résidents, la présidente ou le président du conseil des familles et des membres du personnel.

### **AVIS ÉCRIT : Observation des instructions du fabricant**

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

#### **Non-respect de : l'article 26 du Règl. de l'Ont. 246/22**

Observation des instructions du fabricant

Article 26 – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le personnel utilise l'ensemble de l'équipement, des fournitures, des appareils, des appareils fonctionnels et des aides pour changer de position du foyer conformément aux instructions du fabricant.

On a fourni à une personne résidente de l'équipement en guise d'intervention à la suite d'une blessure. Cet équipement n'a pas été installé conformément aux instructions du fabricant.

**Sources** : Démarches d'observation; instructions du fabricant de l'équipement; entretiens avec des membres du personnel.

### **AVIS ÉCRIT : Bain**

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

**Non-respect du : paragraphe 37 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Bain

Paragraphe 37 (1) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque résident du foyer prenne un bain au moins deux fois par semaine en utilisant la méthode de son choix ou plus souvent compte tenu de ses besoins en matière d'hygiène, sauf si la chose est contre-indiquée en raison d'un état pathologique.

Une personne résidente n'a pas reçu un soin en particulier le jour où elle était censée le recevoir.

**Sources** : Dossiers cliniques de la personne résidente; entretiens avec des membres du personnel.

### **AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies**

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

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

Soins de la peau et des plaies

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

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

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

À deux reprises, on a omis d'effectuer les évaluations hebdomadaires de la blessure d'une personne résidente.

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

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

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

### **Non-respect du : paragraphe 102 (8) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Programme de prévention et de contrôle des infections

Paragraphe 102 (8) – Le titulaire de permis veille à ce que tout le personnel participe à la mise en œuvre du programme, notamment tous les membres de l'équipe de leadership, y compris l'administrateur, le directeur médical, le directeur des soins infirmiers et des soins personnels, et le responsable de la prévention et du contrôle des infections. Règl. de l'Ont. 246/22, paragraphe 102 (8).

(i) Au moment de l'inspection, le foyer avait mis en place une obligation de porter un masque dans toutes les aires réservées aux personnes résidentes. On a vu une étudiante ou un étudiant en soins infirmiers prodiguer des soins avec son masque chirurgical sous le nez.

**Sources** : Démarches d'observation dans l'unité concernée; entretiens avec des membres du personnel.

(ii) À une date donnée, on a vu deux membres du personnel qui portaient leur masque chirurgical sous le nez.

**Sources** : Démarches d'observation dans l'unité concernée; entretiens avec des membres du personnel.

(iii) À une autre date donnée, on a vu deux membres du personnel qui portaient leur masque chirurgical sous le nez dans le poste de soins infirmiers d'une autre aire.

**Sources** : Démarches d'observation dans l'aire; entretiens avec des membres du personnel.

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

Problème de conformité n° 010 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

### **Non-respect de : l'alinéa 102 (9) b) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Programme de prévention et de contrôle des infections

Paragraphe 102 (9) – 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. Règl. de l'Ont. 246/22, paragraphe 102 (9).

Une personne résidente s'est mise à présenter des symptômes d'infection et a été placée en isolement. On a omis de consigner ses symptômes pendant trois quarts de travail au cours de sa période d'isolement.

**Sources** : Examen des notes sur l'évolution de la situation de la personne résidente; entretien avec la personne responsable de la prévention et du contrôle des infections.

## **AVIS ÉCRIT : Entreposage sécuritaire des médicaments**

Problème de conformité n° 011 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

### **Non-respect de : l'alinéa 138 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Entreposage sécuritaire des médicaments

Paragraphe 138 (1) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

b) les substances désignées sont entreposées dans une armoire distincte, verrouillée à double tour et fixée en permanence dans l'endroit verrouillé, ou dans un endroit distinct, également verrouillé, à l'intérieur du chariot à médicaments verrouillé.

On a constaté que le contenant de stupéfiants et de substances désignées dans le chariot à médicaments n'était pas verrouillé lorsqu'une infirmière autorisée ou un

infirmier autorisé l'a laissé sans surveillance.

**Sources** : Démarche d'observation du chariot à médicaments de l'aire en question; entretiens avec des membres du personnel.

## **AVIS ÉCRIT : Destruction et élimination des médicaments**

Problème de conformité n° 012 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

**Non-respect de : la disposition 148 (2) 3 du Règl. de l'Ont. 246/22**

Destruction et élimination des médicaments

Paragraphe 148 (2) – La politique de destruction et d'élimination des médicaments doit également prévoir ce qui suit :

3. La destruction et l'élimination des médicaments d'une manière sûre et respectueuse de l'environnement, conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises.

À une date donnée, on a constaté que dans une salle d'entreposage des médicaments, les médicaments destinés à être détruits étaient placés sur le seau blanc.

**Sources** : Politique intitulée « Drug Destruction and Disposal » (Destruction et élimination des médicaments), datée d'avril 2025; entretiens avec des membres du personnel; démarches d'observation dans la salle d'entreposage des médicaments en question.

## **ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 001 – Programme de prévention et de contrôle des infections**

Problème de conformité n° 013 – Ordre de conformité en vertu de la disposition 154 (1) 2 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).

**L'inspectrice/l'inspecteur ordonne au titulaire de permis de faire ce qui suit : Se**

**conformer à un ordre de conformité [alinéa 155 (1) a) de la LRSLD] :**

1. Donner à trois personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP) une formation sur l'utilisation appropriée de l'équipement de protection individuelle (EPI) et sur la manière d'enfiler et de retirer cet équipement lorsqu'elles interagissent avec les personnes résidentes à l'égard desquelles il faut prendre des précautions supplémentaires.
2. Effectuer une vérification aléatoire de l'EPI par semaine pendant une période de trois semaines pour chacune des trois PSSP, afin de s'assurer qu'elles respectent les pratiques appropriées en matière d'EPI.
3. Consigner dans un dossier de l'information sur toutes les vérifications réalisées et les formations données, y compris le nom des membres du personnel qui effectuent les vérifications et suivent les formations, les dates et heures de celles-ci et toute mesure corrective prise, le cas échéant.

**Motifs**

Les membres du personnel devaient respecter des exigences supplémentaires en matière d'EPI, y compris en ce qui touche la sélection, le port, le retrait et l'élimination de l'équipement lorsqu'ils fournissent des soins à des personnes résidentes à l'égard desquelles il faut prendre des précautions supplémentaires.

Au moment de l'inspection, une éclosion avait été déclarée dans une aire du foyer réservée aux personnes résidentes. On a fait les observations suivantes dans cette aire :

1. On a vu une PSSP retirer son EPI en sortant de la chambre d'une personne résidente à l'égard de laquelle il fallait prendre des précautions supplémentaires. Cette PSSP n'a pas changé son masque chirurgical après avoir fini de retirer son EPI.
2. On a vu une autre PSSP aider une personne résidente à l'égard de laquelle il fallait prendre des précautions supplémentaires à retourner dans sa chambre depuis le couloir. La PSSP ne portait pas d'EPI supplémentaire, notamment un dispositif de protection des yeux, une blouse et des gants, lorsqu'elle a aidé la personne résidente.
3. Dans une chambre, on a vu la même PSSP aider une personne résidente à l'égard de laquelle il fallait prendre des précautions supplémentaires sans porter de dispositif de protection des yeux.
4. On a vu une autre PSSP à l'intérieur de la chambre d'une personne résidente en train de l'aider. Il fallait prendre des précautions supplémentaires à l'égard de cette personne résidente, toutefois, on a constaté que la PSSP ne portait pas de dispositif de

protection des yeux.

L'omission de respecter les pratiques relatives à l'EPI pendant une éclosion dans l'aire en question peut avoir augmenté le risque de propagation de la maladie infectieuse.

**Sources** : Démarches d'observation dans l'aire concernée; entretiens avec des membres du personnel.

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

## **ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 002 – Programme de prévention et de contrôle des infections**

Problème de conformité n° 014 – Ordre de conformité en vertu de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

**Non-respect de : la disposition 102 (7) 11 du Règl. de l'Ont. 246/22**

Programme de prévention et de contrôle des infections

Paragraphe 102 (7) – Le titulaire de permis veille à ce que le responsable de la prévention et du contrôle des infections désigné en application du paragraphe (5) s'acquitte des responsabilités suivantes au foyer :

11. Il s'assure que soit mis en place un programme d'hygiène des mains conformément aux normes ou protocoles que délivre le directeur en application du paragraphe (2). Ce protocole doit comprendre au moins l'accès à des agents d'hygiène des mains aux divers points de service. Règl. de l'Ont. 246/22, paragraphe 102 (7).

**L'inspectrice/l'inspecteur ordonne au titulaire de permis de faire ce qui suit : Préparer, présenter et mettre en œuvre un plan pour voir au respect de l'alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22 [alinéa 155 (1) b) de la LRSLD] :**

Le plan demandé doit comprendre ce qui suit, sans toutefois s'y limiter :

1. Une procédure de vérification et de surveillance du personnel d'un étage visant à s'assurer que l'on donne ou offre aux personnes résidentes de l'aide pour l'hygiène des mains avant les repas. La procédure doit comprendre le nom de la personne qui supervisera les vérifications et la surveillance du personnel de l'étage et indiquer la fréquence de ces vérifications et de cette surveillance.
2. Les mesures que le foyer doit prendre lorsque le personnel de l'étage en question

omet de donner ou d'offrir aux personnes résidentes de l'aide pour l'hygiène des mains avant les repas.

3. Les lacunes potentielles dans les connaissances et les capacités du personnel de l'étage concerné en ce qui a trait à l'offre aux personnes résidentes d'aide pour l'hygiène des mains avant les repas et les mesures prises pour combler ces lacunes.

Veillez soumettre le plan écrit d'atteinte de la conformité pour l'inspection n° 2026-1528-0002 au ministère des Soins de longue durée par courriel d'ici le 3 mars 2026.

Il faut veiller à ce que le plan écrit présenté ne contienne aucun renseignement personnel ni renseignement personnel sur la santé.

### **Motifs**

Le titulaire de permis devait aider les personnes résidentes à se laver les mains avant les repas.

Au moment de l'inspection, une éclosion avait été déclarée à un étage du foyer réservé aux personnes résidentes. Deux personnes résidentes de l'étage concerné n'ont pas reçu d'aide de la part du personnel du foyer pour se laver les mains avant les repas.

L'omission de veiller à ce que les personnes résidentes reçoivent de l'aide pour l'hygiène des mains avant les repas a causé un risque accru de transmission de la maladie.

**Sources** : Démarches d'observation à l'étage concerné; entretiens avec des membres du personnel.

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

**Un avis de pénalité administrative 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 LRSLD (2021).

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

**Lié à l'avis écrit (Problème 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 5 500 \$, 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 la raison suivante : 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 :**

Rapport de non-conformité délivré le 12 janvier 2023, inspection n° 2022-1528-0004.

Ordre de conformité délivré le 21 janvier 2025, inspection n° 2025-1528-0001.

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<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 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<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

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).