

**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 420  
Ottawa, ON K1S 3J4  
Téléphone : 877 779-5559  
ottawadistrict.mlrc@ontario.ca

## Rapport public original

**Date de publication du rapport :** 3 janvier 2023

**Numéro d'inspection :** 2022-1240-0001

**Type d'inspection :**

Plainte

Inspection dans le cadre du Système de rapport d'incidents critiques

**Titulaire de permis :** Genesis Gardens inc.

**Foyer de soins de longue durée et ville :** Foyer St-Viateur Nursing Home, Limoges

**Inspectrice principale**

Laurie Marshall (742466)

**Signature numérique de l'inspectrice**

Laurie R Marshall

Signé numériquement par  
Laurie R Marshall  
Date : 2023.01.16 12:35:16 -05'00'

**Autres inspectrices ou inspecteurs**

JOELLE TAILLEFER (211)

## RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu aux dates suivantes :

- 7, 8, 9, 10, 14 et 15 novembre 2022 (sur place).

Le ou les rapports suivants ont été inspectés :

- Rapports : n° 00002818 — [IC : 2746-000015-22], n° 00006769-[IC : 2746-000003-22], n° 00007076 — [IC : 2746-000003-21], n° 00002978 — [IC : 2746-000004-22] concernant des chutes de personnes résidentes.
- Rapports : n° 00004172 — [IC : 2746-000002-22], n° 00007180 — [IC : 2746-000014-22] concernant un décès inattendu de personnes résidentes.
- Rapport : n° 00005308 — plainte relative à la COVID-19 faite par une personne anonyme concernant le fait que le foyer ne respectait pas les protocoles de santé publique.

Le rapport d'inspection du titulaire de permis a été modifié en réponse à l'ordre de conformité n° 001. Une autre personne résidente a été ajoutée au libellé de l'ordre. L'inspection dans le cadre du Système de rapport d'incidents critiques [2022-1240-0001] a eu lieu les 7, 8, 9, 10, 14 et 15 novembre 2022.

**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 420  
Ottawa, ON K1S 3J4  
Téléphone : 877 779-5559  
ottawadistrict.mlrc@ontario.ca

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

Prévention et gestion des chutes  
Prévention et contrôle des infections,  
Alimentation, nutrition et hydratation  
Services de soins et de soutien aux résidents

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### AVIS ÉCRIT : Directives du ministre

**Avis écrit de non-conformité n° 001 aux termes de la LRSLD 2021, alinéa 154 (1) 1.**

Non-respect du : paragraphe 184 (3) de la LRSLD 2021

Le titulaire de permis n'a pas exécuté, dans le foyer de soins de longue durée, les directives opérationnelles ou en matière de politique qui s'appliquent aux vérifications relatives à la prévention et au contrôle des infections.

En particulier, conformément au Règl. de l'Ont. 246/22, alinéa 102 (7) 4, le titulaire de permis veille à ce que le responsable de la PCI vérifie les pratiques de prévention et de contrôle des infections au foyer.

Conformément à la Directive du ministre intitulée Mesures d'intervention pour la COVID-19 destinées aux foyers de soins de longue durée (datée du 20 août 2022), aux termes de la section 1.1, le titulaire de permis doit effectuer régulièrement des vérifications des pratiques de PCI toutes les deux semaines quand il n'y a pas d'écllosion, et toutes les semaines en cas d'écllosion.

#### Justification et résumé :

Un examen de la politique du titulaire de permis intitulée *Infection Prevention and Control Masterpolicy* [politique-cadre en matière de prévention et de contrôle des infections] indiquait que la collecte de données et l'analyse des tendances aux fins de réduction de l'incidence de l'infection et de l'écllosion sont examinées au moins tous les mois.

L'examen du *St-Viateur Nursing Home — Multidimensional Auditing Program* [programme de vérification multidimensionnelle du Foyer St-Viateur Nursing Home] indique que la vérification des pratiques de PCI est effectuée « une fois par trimestre ».

**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 420  
Ottawa, ON K1S 3J4  
Téléphone : 877 779-5559  
ottawadistrict.mlrc@ontario.ca

Nous avons examiné le document du foyer intitulé *Auditing Program Overview — Tracking sheet/Additional considerations/Recommendations* [vue d'ensemble de la vérification des programmes — fiche de suivi/considérations supplémentaires/recommandations]. Les dernières vérifications ont eu lieu le 15 mars 2022.

Un examen du document du foyer intitulé *Auditing Program Preview — Tracking sheet* [aperçu du programme de vérification — fiche de suivi] indique que la dernière vérification totale des pratiques de PCI a été effectuée en février 2022.

Un entretien avec la ou le responsable de la PCI et avec du personnel autorisé indiquait que les vérifications des pratiques de PCI étaient effectuées tous les trimestres et que la dernière avait eu lieu en juin 2022.

Le titulaire de permis n'a pas effectué les vérifications des pratiques de PCI conformément à la Directive du ministre. La dernière vérification documentée des pratiques de PCI a été effectuée en mars 2022.

Il y avait donc un risque de transmission des maladies parmi les personnes résidentes et le personnel, car l'on n'avait pas détecté les carences dans les pratiques de PCI.

**Sources :** *Infection Prevention and Control Masterpolicy* [politique-cadre en matière de prévention et de contrôle des infections], *St-Viateur Nursing Home — Multidimensional Auditing Program* [programme de vérification multidimensionnelle du Foyer St-Viateur Nursing Home], *Auditing Program Overview — Tracking sheet* [vue d'ensemble de la vérification des programmes — fiche de suivi], entretien avec la ou le responsable de la PCI et l'IAA 102. [742466]

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

**Avis écrit de non-conformité n° 002 aux termes de la LRSLD 2021, alinéa 154 (1) 1.**

Non-respect du : Règl. de l'Ont. 246/22, al. 102 (15) 1.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le responsable de la prévention et du contrôle des infections désigné en application du présent article soit présent chaque semaine au foyer et y travaille régulièrement comme tel pendant les périodes suivantes : dans un foyer dont la capacité en lits autorisés est d'au plus 69 lits, au moins 17,5 heures par semaine.

**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 420  
Ottawa, ON K1S 3J4  
Téléphone : 877 779-5559  
ottawadistrict.mlrc@ontario.ca

**Justification et résumé :**

Un examen de la politique intitulée *Infection Prevention Control (IPAC) Leads duties policy* [politique relative aux tâches des responsables de la prévention et du contrôle des infections (PCI)] indique que la ou le responsable de la PCI doit consacrer huit heures par mois à ce programme.

Lors d'un entretien, la ou le responsable de la PCI 101 a indiqué que ce poste n'était pas son unique affectation par semaine, et qu'il ou elle avait d'autres responsabilités.

La ou le responsable de la PCI 101 n'a pas été en mesure d'indiquer clairement le nombre d'heures par semaine qu'il consacrait spécifiquement à la PCI. Lors d'un entretien conjoint, la ou le responsable de la PCI et un membre du personnel autorisé ont indiqué partager les tâches et les responsabilités de la prévention et du contrôle des infections.

Lors d'un entretien, l'administratrice ou l'administrateur du foyer a indiqué que la ou le responsable de la PCI travaillait 37,5 heures par semaine, divisées entre les responsabilités de PCI et celles de coordonnatrice ou coordonnateur du RAI.

Il y avait donc un risque pour la santé et la sécurité des personnes résidentes, car la ou le responsable de la PCI ne disposait pas d'heures désignées pour se consacrer uniquement à la PCI.

**Sources :** Examen des responsabilités du dirigeant, de la ou du responsable de la PCI, du personnel autorisé et de l'administratrice ou de l'administrateur dans le cadre du programme de contrôle des infections. [742466]

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

**Avis écrit de non-conformité n° 003 aux termes de la LRSLD 2021, alinéa 154 (1) 1.**

Non-respect du : Règl. de l'Ont. 246/22, al. 102 (4) e)

Le titulaire de permis n'a pas évalué et mis à jour les politiques relatives à la prévention et au contrôle des infections au moins une fois par année conformément aux normes et protocoles que délivre le directeur en application du paragraphe (2).

**Justification et résumé :**

Un examen révélait que les politiques du foyer relatives à la prévention et au contrôle des infections, y compris la directive pour la marche à suivre par le foyer pour faire un suivi en cas d'éclosion ont été révisées pour la dernière fois en 2019.

**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 420  
Ottawa, ON K1S 3J4  
Téléphone : 877 779-5559  
ottawadistrict.mlhc@ontario.ca

Un examen révélait que le programme des politiques-cadres du foyer n'avait pas de date initiale ni de date de révision. La ou le responsable de la PCI a indiqué que les cartables du contrôle des infections et de la prévention des infections contenaient tout ce qui concernait les politiques relatives aux infections et qu'on les utilisait à l'heure actuelle.

L'administratrice ou l'administrateur a indiqué ne pas savoir exactement de quand datait la dernière mise à jour des politiques du foyer.

Étant donné que la politique n'avait pas été mise à jour, il y avait un risque de transmission des maladies parmi les personnes résidentes et le personnel, parce que le personnel n'était pas au courant des normes et des protocoles applicables actuellement.

**Sources :** Politiques du foyer pour la prévention et le contrôle des infections, administratrice ou administrateur, responsable de la PCI et personnel autorisé. [742466]

**AVIS ÉCRIT : Évaluation post-chute**

**Avis écrit de non-conformité n° 004 aux termes de la LRSLD 2021, alinéa 154 (1) 1.**

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

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la politique consistant à veiller, quand la personne résidente 003 avait fait une chute, à ce qu'elle fût l'objet d'une évaluation post-chute, effectuée au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour les chutes.

Conformément au Règl. de l'Ont. 246/22, alinéa 11 (1) b), le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée est tenu de veiller, lorsqu'une personne résidente a fait une chute, à ce qu'elle soit évaluée, et à ce que la politique et les marches à suivre ayant trait d'une part à l'évaluation et à la gestion du risque et d'autre part à l'évaluation et à la gestion post-chute soient respectées.

**Justification et résumé :**

A) En particulier, le personnel n'a pas respecté la politique intitulée *Risk Assessment and Management* [évaluation et gestion des risques] datée de novembre 2018, qui indiquait d'effectuer un examen de routine pour traumatisme crânien pour toutes les chutes sans témoin et pour les chutes observées qui avaient entraîné un éventuel traumatisme crânien. En outre, le personnel n'avait pas respecté la politique intitulée *Head Injury and Trauma* [traumatisme crânien et trauma]

**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 420  
Ottawa, ON K1S 3J4

Téléphone : 877 779-5559

ottawadistrict.mlrc@ontario.ca

datée de février 2019, qui indiquait de commencer une fiche neurologique et de la remplir pendant 48 heures ou plus selon l'état de la personne résidente. Leur feuille d'examen de routine pour traumatisme crânien intitulée *Neurological and Vital Signs Records* (fiches des signes neurologiques et des signes vitaux) indiquait que la fréquence des contrôles neurologiques était de toutes les 4 heures pendant 24 heures, et une fois par poste de travail pendant 48 heures.

Une révision des notes d'évolution de la personne résidente indiquait qu'elle avait tenté de s'asseoir, avant manqué le fauteuil de gériatrie, et était tombée sur les fesses. Une autre personne résidente avait été témoin de la chute. On avait pris les signes vitaux de la personne au moment de la chute pendant le poste de travail de jour, mais l'on n'avait pas pris les signes neurologiques comme le mentionnait la politique du foyer intitulée *Risk Assessment and Management* [évaluation et gestion des risques].

Un autre examen des notes d'évolution de la personne résidente, rédigées par une ou un IAA, indiquait que la personne résidente avait subi une autre chute. Une autre personne résidente en avait été témoin. On avait pris les signes vitaux au moment de la chute, et de nouveau pendant le poste de travail de nuit et du soir, mais l'on n'avait pas pris les signes neurologiques comme on le mentionnait dans la politique du foyer intitulée *Risk Assessment and Management* [évaluation et gestion des risques].

L'IAA a déclaré que l'on n'avait pas pris les signes neurologiques de la personne résidente dans la soirée après la chute puisqu'une autre personne résidente avait été témoin de la chute plus tôt dans la journée.

Une ou un IA a déclaré qu'il fallait prendre les signes neurologiques lorsque la chute n'était pas observée par un membre du personnel.

La ou le DSI a déclaré que l'on aurait dû effectuer l'évaluation neurologique, même si une autre personne résidente avait été témoin de la chute.

Ainsi, comme l'on n'avait pas commencé ni terminé de remplir les fiches *Neurological and Vital Signs Records* [fiches des signes neurologiques et des signes vitaux] conformément à la politique du foyer, il y avait un risque que tout changement d'état de santé de la personne résidente ne fût pas détecté.

**Sources** : Examen des dossiers médicaux de la personne résidente 003, entretiens avec du personnel autorisé et avec la ou le DSI. [211]

**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 420  
Ottawa, ON K1S 3J4  
Téléphone : 877 779-5559  
ottawadistrict.mlrc@ontario.ca

B) Conformément au Règl. de l'Ont. 246/22, alinéa 11 (1) b), le personnel n'a pas respecté la politique du titulaire de permis intitulée *Post Fall Assessment and Management* [évaluation et gestion post-chute], politique qui indiquait de commencer à utiliser et de remplir le *Post Fall Assessment Tool* [outil d'évaluation post-chute].

Un examen des dossiers médicaux de la personne résidente indiquait qu'elle avait fait de multiples chutes. Au moment des chutes, on n'avait pas effectué d'évaluation post-chute à l'aide de leur outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour les chutes.

La ou le DSI a reconnu que les membres du personnel auraient dû utiliser le *Post Fall Assessment Tool* [outil d'évaluation post-chute] quand une personne résidente subissait une chute.

Ainsi, il y avait un risque après une chute de personne résidente, lorsque l'on n'effectuait pas d'évaluation post-chute en identifiant tous les éléments qui avaient contribué aux chutes de la personne résidente afin de prévenir, gérer et diminuer l'incidence des chutes et le risque de blessures.

**Sources :** Examen des dossiers médicaux de la personne résidente 003, entretiens avec du personnel autorisé et avec la ou le DSI. [211]

**AVIS ÉCRIT : Programme de soins**

**Avis écrit de non-conformité n° 005 aux termes de la LRSLD 2021, alinéa 154 (1) 1.**

Non-respect de : l'alinéa 6 (1) c) de la LRSLD 2021

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soit adopté 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 à la personne résidente.

**Justification et résumé :**

Une personne résidente a subi une chute qui a occasionné une blessure.

L'inspectrice 211 et un membre du personnel ont remarqué qu'une alarme de lit était placée sur le matelas du lit de la personne résidente, sous le drap-housse. Le pictogramme sur le mur au-dessus du lit de la personne résidente et le programme de soins écrit actuel n'indiquaient pas que la personne résidente avait une alarme de lit.

**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 420  
Ottawa, ON K1S 3J4  
Téléphone : 877 779-5559  
ottawadistrict.mlrc@ontario.ca

La ou le DSI a reconnu que le programme de soins écrit actuel de la personne résidente et le pictogramme n'indiquaient pas qu'une alarme de lit était placée dans le lit de la personne résidente.

Il y avait donc un risque que les membres du personnel et d'autres personnes qui fournissaient des soins directs à la personne résidente n'aient pas eu des directives claires pour les informer qu'une alarme de lit était placée dans le lit de la personne résidente.

**Source :** Observation de l'inspectrice 211, examen du pictogramme de la personne résidente, de son programme de soins, des feuilles de soins quotidiennes, de la feuille *Posey and Alarm List* [liste des dispositifs Posey et des alarmes], entretiens avec du personnel et avec la ou le DSI. [211]

## AVIS ÉCRIT : Dossiers des résidents

**Avis écrit de non-conformité n° 006 aux termes de la LRSLD 2021, alinéa 154 (1) 1.**

Non-respect du : Règl. de l'Ont. 246/22, paragraphe 274 (a)

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un dossier écrit soit tenu pour chaque personne résidente du foyer, en particulier les *Neurological and Vital Signs Records* [fiches des signes neurologiques et des signes vitaux] pour une personne résidente.

### Justification et résumé :

Les notes d'évolution d'une personne résidente indiquaient que la personne résidente 103 avait subi une chute. Les notes d'évolution indiquaient que les signes neurologiques et vitaux étaient intacts.

Les fiches intitulées *Neurological and Vital Signs Records* [fiches des signes neurologiques et des signes vitaux] indiquaient que l'on avait pris les signes neurologiques, mais on n'a pas pu trouver la fiche originale des signes neurologiques et des signes vitaux pour une date déterminée.

La ou le DSI a déclaré être incapable de trouver les fiches *Neurological and Vital Signs Records* [fiches des signes neurologiques et des signes vitaux] pris à ladite date.

Par conséquent, on ne tenait pas de fiches *Neurological and Vital Signs Records* [fiches des signes neurologiques et des signes vitaux] pour cette personne résidente. Il y avait un risque que le personnel n'eût pas été en mesure d'évaluer des changements éventuels dans l'état de santé de la personne résidente, car il n'avait pas accès aux évaluations précédentes de l'état de santé de celle-ci.

**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 420  
Ottawa, ON K1S 3J4  
Téléphone : 877 779-5559  
ottawadistrict.mlrc@ontario.ca

**Sources :** Examen des dossiers médicaux de la personne résidente et entretien avec la ou le DSI. [211]

## **ORDRE DE CONFORMITÉ n° 001 007**

**Non-conformité n° 007 aux termes de la LRSLD 2021, alinéa 154 (1) 2.**

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

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

Le titulaire de permis doit :

- veiller à ce que tous les membres du personnel des PSSP du foyer de soins de longue durée (SLD) suivent une remise à niveau sur l'utilisation, l'application et la mise à l'épreuve de la fonctionnalité des dispositifs d'alarme de lit utilisés par les personnes résidentes conformément aux instructions des fabricants, et à ce que l'enseignement fourni soit documenté;
- effectuer une vérification lors de chaque poste de travail pendant deux semaines pour tous les différents dispositifs d'alarme utilisés pour la personne résidente 003 et pour une autre personne résidente qui a des dispositifs d'alarme de lit, afin de veiller à ce qu'ils fonctionnent correctement conformément aux instructions des fabricants;
- documenter, mettre en œuvre et réévaluer les mesures correctrices pour remédier à toute lacune détectée pendant chaque vérification.

**Motifs :**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un membre du personnel utilise un appareil conformément aux instructions des fabricants.

**Justification et résumé :**

Les instructions des fabricants indiquaient que l'on devrait vérifier avant chaque utilisation que le coussinet sensoriel pour le lit de marque AliMed fonctionne correctement. Toujours faire une mise à l'épreuve de l'alarme et du coussinet sensoriel pour le lit ensemble en tant que système pour s'assurer de leur bon fonctionnement. Allumer l'alarme et s'assurer que le voyant « On » est allumé.

**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 420  
Ottawa, ON K1S 3J4  
Téléphone : 877 779-5559  
ottawadistrict.mlhc@ontario.ca

L'inspectrice 211 a observé la personne résidente 003 gisant sur le sol au pied du lit et entourée de membres du personnel. La personne résidente avait fait une chute et subi une fracture. Un coussinet sensoriel électrique pour le lit avait été placé sur le matelas de la personne résidente, sous le drap-housse. L'inspectrice 211 et une PSSP ont remarqué que le coussinet sensoriel électrique pour le lit n'était pas fonctionnel. Une autre PSSP a déclaré que le hurlement de la personne résidente 003 était le seul bruit qu'elle avait entendu pendant qu'elle s'occupait d'une autre personne résidente.

La ou le DASI a déclaré que le fil de la boîte de commande était mal connecté au coussinet sensoriel électrique et avait empêché l'alarme de se déclencher pour alerter le personnel que la personne résidente sortait de son lit.

La PSSP a déclaré que l'on n'avait pas vérifié le coussinet sensoriel pour le lit de la personne résidente pour s'assurer que l'alarme de lit était fonctionnelle avant de mettre la personne résidente au lit.

Par conséquent, le personnel n'avait pas été alerté lorsque la personne résidente 003 avait tenté de sortir de son lit, et elle avait donc subi une chute avec fracture, qui aurait pu être évitée si le membre du personnel avait vérifié, avant de mettre la personne résidente au lit, que le dispositif d'alarme du coussinet sensoriel pour le lit était fonctionnel.

**Sources :**

Examen des instructions du fabricant AliMed pour le coussinet sensoriel pour le lit, observations de l'inspectrice 211, et entretiens avec des PSSP et la ou le DASI. [211]

**Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le 6 février 2023**

**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 420  
Ottawa, ON K1S 3J4  
Téléphone : 877 779-5559  
ottawadistrict.mlrc@ontario.ca

## INFORMATION SUR LES RÉEXAMENS ET LES APPELS

### PRENEZ AVIS

Le titulaire de permis a le droit de faire une demande de réexamen par le directeur de cet ordre ou de ces ordres ou de l'avis de pénalité administrative (APA) conformément à l'article 169 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (Loi). Le titulaire de permis peut demander au directeur de suspendre cet ordre ou ces ordres en attendant le réexamen. Si le titulaire de permis demande le réexamen d'un avis de pénalité administrative, l'exigence de paiement est suspendue jusqu'à ce qu'il soit statué sur le réexamen.

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

La demande de réexamen par le directeur doit être présentée par écrit. Elle est signifiée au directeur dans les 28 jours qui suivent la signification de l'ordre ou de l'avis de pénalité administrative au titulaire de permis.

La demande de réexamen présentée par écrit doit inclure :

- a) les parties de l'ordre ou de l'avis de pénalité administrative qui font l'objet de la demande de réexamen;
- b) les observations que le titulaire de permis souhaite que le directeur examine;
- c) l'adresse du titulaire de permis aux fins de signification.

La demande de réexamen présentée par écrit doit être signifiée en personne, par courrier recommandé, par courriel ou par messagerie commerciale, au :

### Directeur

a/s de la coordonnatrice ou 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, ON, M7A 1N3  
Courriel : [MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca](mailto:MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca)

**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 420  
Ottawa, ON K1S 3J4  
Téléphone : 877 779-5559  
ottawadistrict.mlrc@ontario.ca

Si la signification est faite :

- par courrier recommandé, elle est réputée être faite le cinquième jour qui suit le jour de l'envoi;
- par courriel, elle est réputée être faite le lendemain, si le document a été signifié après 16 heures;
- par messagerie commerciale, elle est réputée être faite le deuxième jour ouvrable après le jour où la messagerie commerciale reçoit le document.

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 réexamen présentée par le titulaire de permis, le ou les présents ordres et le présent avis de pénalité administrative sont réputés confirmés par le directeur et, aux fins d'un appel interjeté devant la CARSS, le directeur est réputé avoir signifié au titulaire de permis une copie de ladite décision à l'expiration du délai de 28 jours.

Aux termes de l'article 170 de la Loi, le titulaire de permis a le droit d'interjeter appel de ce qui suit devant la CARSS :

- un ordre donné par le directeur en vertu des articles 155 à 159 de la Loi;
- un avis de pénalité administrative délivré par le directeur en vertu de l'article 158 de la Loi;
- la décision du réexamen du directeur, rendue en vertu de l'article 169 de la Loi, à l'égard de l'ordre de conformité d'une inspectrice ou d'un inspecteur (art. 155) ou d'un avis de pénalité administrative (art. 158).

La CARSS est un tribunal indépendant qui n'a pas de lien avec le ministère. Elle est établie par la loi pour examiner les questions relatives aux services de santé. Si le titulaire de permis décide de faire une demande d'appel, il doit présenter par écrit un avis d'appel dans les 28 jours suivant la date à laquelle on lui a signifié une copie de l'ordre, de l'avis de pénalité administrative ou de la décision du directeur faisant l'objet de son 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 ou de la registratrice  
151, rue Bloor Ouest, 9<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M5S 1S4

**Directeur**

a/s du coordonnateur ou de la coordonnatrice 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, ON, M7A 1N3  
Courriel : [MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca](mailto:MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca)

**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 420  
Ottawa, ON K1S 3J4  
Téléphone : 877 779-5559  
ottawadistrict.mlrc@ontario.ca

Dès réception, la CARSS accusera réception de votre avis d'appel et fournira des instructions relatives au processus d'appel et d'audience. Le titulaire de permis peut en savoir davantage sur la CARSS en visitant le site Web [www.hsarb.on.ca](http://www.hsarb.on.ca).