

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

Bureau régional de services d'Ottawa  
347, rue Preston, bureau 420  
Ottawa (Ontario) K1S 3J4  
Numéro de téléphone : 1 877 779-5559  
[OttawaSAO.moh@ontario.ca](mailto:OttawaSAO.moh@ontario.ca)

## Rapport public modifié (A1)

<b>Date de publication du rapport</b>	13 juillet 2022		
<b>Numéro de l'inspection</b>	2022_1352_0001		
<b>Type d'inspection</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Système de rapport obligatoire d'incidents critiques <input type="checkbox"/> Inspection proactive <input checked="" type="checkbox"/> Plainte <input type="checkbox"/> Lancée par le BRS <input checked="" type="checkbox"/> Suivi <input type="checkbox"/> Suivi d'un ordre du directeur <input type="checkbox"/> Après emménagement <input checked="" type="checkbox"/> Autre		
<b>Titulaire de permis</b>	Southbridge Care Homes		
<b>Foyer de soins de longue durée et ville</b>	Manoir Marochel, 949, chemin Montréal, Ottawa (Ontario)		
<b>Inspecteur principal</b>	Julienne Ngo Nloga (502)		<b>Signature numérique de l'inspecteur qui a modifié le rapport</b> Julienne N. Nloga 2022.07.27 13:47:48 -04'00'
<b>Inspecteur(s) supplémentaire(s)</b>	Joelle Taillefer (211) L'inspectrice (740837) Nathalie Lapointe était également présente au cours de l'inspection		

### RÉSUMÉ DU RAPPORT MODIFIÉ DE L'INSPECTION

La non-conformité avait été émise sous la législation O.Reg. 79/10 s. 92 et a été corrigée pour refléter la correcte législative O.REG. 246/22 s. 93.

### RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu à la (aux) date(s) suivante(s) : 26, 27, 28, 29, 30 mai 2022 et 1<sup>er</sup>, 2, 3, 6, 7, 8 et 9 juin 2022.

Le ou les registres suivants ont été inspectés :

- N° 020031-21 (n° 2867-000014-21 du SOIC) concernant une allégation d'abus sexuel,
- N° 000398-22 (plainte) relative à la dotation en personnel,
- N° 008656-22 (plainte) concernant les soins et les services, l'entretien ménager et la maintenance, la nutrition et la gestion des médicaments,
- N° 019692-21 (suivi) relatif à une chute et au suivi du plan de soins.

#### Ordre ou ordres de conformité délivrés antérieurement

L'inspection a établi la conformité à ou aux ordres de conformité suivants délivrés antérieurement.

**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

**Bureau régional de services d'Ottawa**  
347, rue Preston, bureau 420  
Ottawa (Ontario) K1S 3J4  
Numéro de téléphone : 1 877 770 5550

Renvoi législatif		N° de l'inspection	N° de l'ordre	Inspecteur (ID) qui a exécuté l'ordre
LFSLD, 2007	Paragr. 6 (7)	2021_831211_0019	001	Joelle Taillefer (211)
Choisir un élément.				
Choisir un élément.				

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

Bureau régional de services d'Ottawa  
347, rue Preston, bureau 420  
Ottawa (Ontario) K1S 3J4  
Numéro de téléphone : 1 877 779-5559  
[OttawaSAO.moh@ontario.ca](mailto:OttawaSAO.moh@ontario.ca)

Les **protocoles d'inspection** suivants ont été utilisés au cours de cette inspection :

- Admission, absences et sortie
- Soins de la continence
- Prévention et gestion des chutes
- Alimentation, nutrition et hydratation
- Services d'entretien ménager, de blanchisserie et de maintenance
- Prévention et contrôle des infections (PCI)
- Gestion des médicaments
- Gestion de la douleur
- Soins palliatifs
- Prévention des mauvais traitements et de la négligence
- Amélioration de la qualité
- Activités récréatives et sociales
- Rapports et plaintes
- Services de soins et de soutien aux résidents
- Frais des résidents et comptes en fiducie
- Conseils des résidents et des familles
- Droits et choix des résidents
- Comportements réactifs
- Gestion des dispositifs de contention et des appareils d'aide personnelle
- Foyer sûr et sécuritaire
- Traitement de la peau et des plaies et prévention des plaies
- Dotation en personnel, formation et normes de soins
- Protection des dénonciateurs contre les représailles

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

**Au cours de cette inspection, les inspecteurs ont fait des observations pertinentes, examiné les dossiers et mené des entretiens, le cas échéant. Aucune constatation de non-respect n'a été établie.**

### NON-RESPECT DES EXIGENCES AUQUEL LE TITULAIRE A REMÉDIÉ : PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS (PCI)

Un **non-respect** a été constaté au cours de cette inspection; le titulaire de permis y a **remédié** avant la fin de l'inspection. L'inspectrice a estimé que le non-respect répondait à l'intention du paragraphe 154(2) et ne nécessitait aucune autre mesure.

#### **NR n° 001 aux termes du paragr. 23(4) de la LRSLD, remédié en application du paragr. 154 (2) de la LRSLD, 2021**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer ait un responsable de la prévention et du contrôle des infections dont la responsabilité première est le programme de prévention et de contrôle des infections du foyer.

Conformément au paragr. 102 (15) du règlement qui est entré en vigueur le 11 avril 2022, soit le Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis doit veiller à ce que le responsable de la prévention et du contrôle des infections désigné en application de l'article,

travaille régulièrement à ce poste sur place au foyer pendant les périodes suivantes :

1. Dans un foyer dont la capacité en lits autorisés est d'au plus 69 lits, au moins 17,5 heures par semaine.

#### **Justification et résumé**

À une date donnée en mai 2022, l'inspectrice n°211 a observé que le foyer n'avait pas de responsable de la prévention et du contrôle des infections (PCI) dont la responsabilité principale était le programme de prévention et de contrôle des infections du foyer. Trois jours plus tard, l'inspectrice n°211 a remarqué que le personnel régional de PCI du titulaire de permis orientait un nouveau responsable de PCI.

Un membre du personnel infirmier autorisé a déclaré qu'en plus des tâches normales, certaines fonctions attribuées à un responsable de PCI ont été ajoutées à son propre rôle de membre du personnel infirmier clinicien depuis la mi-avril 2022.

L'administrateur a déclaré qu'il n'y avait pas eu de responsable de PCI depuis la mi-avril 2022.

Le personnel régional de PCI du titulaire de permis a confirmé que le nouveau responsable de PCI a été embauché à temps plein à une date précise en mai 2022, au foyer, afin d'accomplir sa principale responsabilité, soit le programme de prévention et de contrôle des infections.

**Sources** : Observation de l'inspectrice. Entretiens avec le personnel autorisé, l'administrateur, le responsable de PCI et le personnel régional de PCI du titulaire de permis, et examen des dossiers du foyer concerné. Joelle Taillefer (211)

### **AVIS ÉCRIT : PROGRAMME DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE DES INFECTIONS**

#### **NR n°002 Avis écrit aux termes de l'al. 154 (1)1 de la LRSLD,**

##### **2021 Non-respect des exigences : al. 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les normes ou protocoles délivrés par le directeur à l'égard du programme de prévention et de contrôle des infections soient mis en œuvre relativement à l'hygiène des mains des résidents.

Conformément à l'exigence supplémentaire prévue à l'alinéa 10.4 (h) de la Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée, datée d'avril 2022, le titulaire de permis doit veiller à aider les résidents à se laver les mains avant de recevoir des repas et des collations.

#### **Justification et résumé**

À une date donnée, l'inspectrice n° 502 a signalé à l'inspectrice n° 211 qu'elle avait observé que pendant le service de collation, lorsque les résidents recevaient leurs liquides, les membres du personnel n'aidaient pas les résidents à se désinfecter les mains avant de prendre leur collation.

Le directeur des soins a confirmé que les mains des résidents n'étaient pas désinfectées avant tous les services de collation.

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

Bureau régional de services d'Ottawa  
347, rue Preston, bureau 420  
Ottawa (Ontario) K1S 3J4  
Numéro de téléphone : 1 877 779-5559  
[OttawaSAO.moh@ontario.ca](mailto:OttawaSAO.moh@ontario.ca)

Par conséquent, il y avait un risque potentiel pour la santé et la sécurité des résidents lorsque les membres du personnel n'ont pas aidé les résidents à se laver les mains avant de recevoir leurs collations.

**Sources** : Observation de l'inspectrice, entretien avec le directeur des soins. Joelle Taillefer (211)

## AVIS ÉCRIT : SERVICES D'HÉBERGEMENT

### NR n°003 Avis écrit aux termes de l'al. 154 (1)1 de la LRSLD, 2021

#### Non-respect des exigences : al. 19 (2) a) de la LRSLD, 2021

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer, l'ameublement et le matériel soient toujours propres et sanitaires.

#### Justification et résumé

Un résident a signalé que le sol des toilettes communes était recouvert d'une substance noire inconnue pendant plusieurs semaines sur une période de deux mois.

À une date donnée, l'inspectrice a constaté un espace entre les carreaux d'un mur à l'autre. Cet espace n'était pas nettoyé et était rempli de matière noire séchée. Ce problème a été porté à l'attention d'un membre du personnel.

La fiche d'affectation à l'entretien ménager décrit le programme de nettoyage en profondeur qui doit être suivi environ tous les 45 jours. Elle indique que le nettoyage du sol comprend l'essuyage des plinthes, puis l'autolavage de toute la surface du sol.

Un examen du calendrier de nettoyage en profondeur pour une période de trois mois a montré qu'un nettoyage en profondeur était programmé pour la chambre et les toilettes du résident à deux dates différentes au cours de cette période.

Lors d'un entretien, un membre du personnel a indiqué que le sol n'avait pas été nettoyé pendant une fin de semaine précisée, comme en témoigne la saleté accumulée autour du bord. Il a déclaré que la marque noire sur le sol était de la terre séchée. Le personnel a indiqué que la matière accumulée dans la fissure devait être raclée pendant le nettoyage en profondeur.

Ce problème a été porté à l'attention du directeur exécutif (DE). Il a demandé au personnel de récuser et de nettoyer le sol immédiatement.

Par conséquent, il y avait un risque potentiel pour le bien-être des résidents, car leur environnement n'était pas nettoyé selon le programme de nettoyage en profondeur.

**Sources** : Observation de l'inspectrice. Entretiens avec un résident, le personnel et le DE. Examen du calendrier de nettoyage en profondeur. [502]

## AVIS ÉCRIT : SERVICES D'HÉBERGEMENT

### NR n°004 Avis écrit aux termes de l'al. 154 (1)1 de la LRSLD, 2021

#### Non-respect des exigences : al. 19 (2) c) de la LRSLD, 2021

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer, l'ameublement et le matériel soient entretenus de sorte qu'ils soient sûrs et en bon état.

#### Justification et résumé

1. Un résident a signalé que le sol de ses toilettes était recouvert d'une substance noire inconnue.

À deux dates différentes, on a constaté que les carreaux du sol des toilettes présentaient des taches brun foncé depuis la porte des toilettes jusqu'à l'évier. Les carreaux de la plinthe n'étaient pas collés au mur.

Il manquait une partie du revêtement de sol près de la porte des toilettes.

Le DE a indiqué que le résident avait soulevé une préoccupation concernant les toilettes. Le directeur régional du titulaire de permis a vérifié ces toilettes et a ordonné au foyer de remplacer immédiatement le revêtement de sol.

Un membre du personnel a indiqué que le directeur des soins l'avait informé en avril 2022 que le sol des toilettes de la chambre désignée devait être réparé.

Au moment de la présente inspection, le revêtement de sol des toilettes n'était pas en bon état.

2. En mai 2022, les inspecteurs ont observé que les trois quarts ( $\frac{3}{4}$ ) du trottoir à gauche de l'entrée principale du bâtiment étaient irréguliers et que certaines parties du trottoir étaient fissurées.

Le DE a reconnu que le trottoir/la rampe était irréguliers. Le DE a déclaré que les résidents qui peuvent utiliser le trottoir l'utilisent lorsqu'ils partent ou reviennent de sorties. Sinon, les résidents doivent utiliser la surface lisse de la route le long du terrain de stationnement.

3. On a constaté qu'une partie du porche couvert, au-dessus de la zone fumeurs, était endommagée, et qu'un morceau de béton en pendait.

L'examen d'un courriel fourni par le DE indique que les dommages au porche couvert se sont produits en octobre 2018 et que l'approbation de l'assurance pour couvrir les dommages a été reçue en mars 2020.

Le DE a indiqué que la réparation des dommages au porche couvert était basée sur l'approvisionnement et la disponibilité du personnel.

Le trottoir inégal et fissuré et le porche couvert endommagé présentaient tous deux un risque potentiel de blessure pour les résidents et les personnes entrant au foyer.

**Sources** : Entretien avec un résident, le personnel concerné et le DE, observations de l'inspectrice, examen de l'audit de maintenance. [502]

#### AVIS ÉCRIT : SERVICES D'HÉBERGEMENT

##### NR n°005 Avis écrit aux termes de l'al. 154 (1)1 de la LRSLD, 2021

###### **Non-respect des exigences : al. 93 (2) d) du Règl. de l'Ont.**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des marches à suivre soient élaborées et mises en œuvre pour traiter les incidents liés aux odeurs nauséabondes persistantes.

###### **Justification et résumé**

À deux dates différentes, deux membres du personnel ont confirmé que les toilettes communes d'un résident dégageaient une odeur nauséabonde persistante d'urine. Un membre du personnel a indiqué que les toilettes étaient nettoyées une à deux fois par jour.

Un autre jour, un résident a déclaré qu'il y avait une odeur nauséabonde persistante d'urine dans les toilettes communes depuis l'admission du corésident qui manifestait un comportement déterminé, ce qui le mettait mal à l'aise.

Lors d'un entretien, le DE a déclaré que le processus en place pour remédier aux odeurs nauséabondes persistantes dans le foyer comprenait l'utilisation de fragrances (vaporisateur, parfum) disponibles dans le foyer, et un nettoyage fréquent. Le DE a mentionné que le personnel nettoie deux fois par jour pendant le quart de jour. Lorsque l'inspectrice a porté le problème à l'attention du DE, il a placé un parfum dans les toilettes et a demandé au personnel d'entretien de vérifier régulièrement les toilettes.

Le foyer n'a pas traité les incidents d'odeurs nauséabondes dans les toilettes communes lorsque le corésident manifestait les comportements précisés.

**Sources** : Observations de l'inspectrice. Entretiens avec les résidents, le personnel et le DE. [502]

#### AVIS ÉCRIT : MAUVAIS TRAITEMENTS

##### NR n°006 Avis écrit aux termes de l'al. 154 (1)1 de la LRSLD, 2021

###### **Non-respect des exigences : al. 20 (2) d) de la LFSLD**

Le titulaire de permis n'a pas respecté la politique de tolérance zéro à l'égard des mauvais traitements et de la négligence envers les résidents, qui doit contenir une explication de l'obligation de faire rapport prévue à l'article 24.

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

Bureau régional de services d'Ottawa  
347, rue Preston, bureau 420  
Ottawa (Ontario) K1S 3J4  
Numéro de téléphone : 1 877 779-5559  
[OttawaSAO.moh@ontario.ca](mailto:OttawaSAO.moh@ontario.ca)

Conformément à l'al. 8 (1) b) du Règl. de l'Ont. 79/10, le titulaire de permis est tenu de s'assurer qu'il existe une politique qui fournit une explication de l'obligation de faire rapport en vertu de l'article 24.

Plus précisément, le personnel n'a pas respecté la politique intitulée « Zero Tolerance of Resident Abuse and Neglect: Response and reporting » (tolérance zéro à l'égard des mauvais traitements et de la négligence des résidents : réponse et déclaration), datée de janvier 2021, qui a été reprise dans le programme de tolérance zéro du titulaire de permis à l'égard des mauvais traitements et de la négligence envers les résidents.

### **Justification et résumé**

En 2021, un résident a signalé à un membre du personnel qu'il avait fait l'objet de mauvais traitements par un membre du personnel du foyer.

L'examen du rapport du Système de rapport obligatoire d'incidents critiques (SOIC) a montré que l'incident de mauvais traitements présumés a été signalé au directeur deux jours après que le résident l'a porté à l'attention du personnel.

La politique du foyer intitulée « Zero Tolerance of Resident Abuse and Neglect: Response and reporting » révisée en janvier 2021 stipule que [traduction] (1) tout employé ou toute personne qui a connaissance d'un incident présumé, soupçonné ou observé de mauvais traitements ou de négligence envers un résident doit le signaler immédiatement à l'administrateur, à son représentant ou au responsable du signalement ou, s'il n'est pas disponible, au superviseur le plus haut placé en poste à ce moment-là. (2) La personne qui signale les mauvais traitements soupçonnés suivra le processus de déclaration du foyer et les exigences provinciales pour s'assurer que l'information est transmise immédiatement à l'administrateur du foyer ou à son représentant.

Lors d'un entretien, le directeur des soins a indiqué que, lorsque l'allégation de mauvais traitements a été portée

à son attention à la date donnée en décembre 2021, deux jours après que le membre du personnel n° 119 a été mis au courant de l'incident présumé. Il a lancé la déclaration obligatoire le même jour et a reconnu que le membre du personnel du programme n° 119 n'avait pas suivi le processus de déclaration du foyer.

**Sources** : Rapport du Système de rapport obligatoire d'incidents critiques, politique du foyer « Zero Tolerance of Resident Abuse and Neglect: Response and reporting » et notes d'enquête du foyer. Entretiens avec le personnel et le directeur des soins. [502]

## **AVIS ÉCRIT : SOINS DE LA PEAU ET DES PLAIES**

### **NR n°008 Avis écrit aux termes de l'al. 154 (1)1 de la LRSLD, 2021**

#### **Non-respect des exigences : paragr.50 (1) du Règl. de l'Ont. 79/10**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins de la peau et des plaies prévoit, au minimum, la fourniture de soins réguliers visant à maintenir l'intégrité épidermique et à prévenir les plaies.



Conformément au parag. 8 (1) du Règl. de l'Ont. 79/10 : (b) Lorsque la Loi ou le présent règlement exige que le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée ait, établisse ou par ailleurs mette en place un programme, un plan, une politique, un protocole, une marche à suivre, une stratégie ou un système, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que ceux-ci soient respectés.

Plus précisément, le personnel n'a pas respecté la politique « Skin and Wound Program: Prevention of Skin Breakdown » (programme de soins de la peau et des plaies : prévention de la dégradation de la peau) révisée en janvier 2021, qui a été reprise dans le programme de soins de la peau et des plaies du titulaire du permis.

### Justification et résumé

Un résident a signalé qu'un membre du personnel lui avait fait subir des mauvais traitements à une date en 2021. Un examen de l'évaluation de la peau de la tête aux pieds effectuée deux jours après l'incident de mauvais traitements présumés a indiqué que le résident avait deux ecchymoses légères sur les côtés gauche et droit du visage.

L'examen du rapport d'enquête sur les documents a indiqué que le résident avait pris une douche à la date donnée pendant la période des mauvais traitements allégués. Sous la rubrique portant sur les observations de la peau à chaque quart de travail, il n'y avait aucune documentation sur l'observation de la peau dans le cadre de tous les quarts de travail pour cette période en 2021, aucune documentation sur le quart de jour ou de nuit.

La politique du foyer intitulée « Skin and Wound Program: Prevention of Skin Breakdown #RC-23- 01-01 », révisée en janvier 2021, stipule que le personnel soignant, tous les jours et pendant tous les quarts de travail, [traduction] (1) observe l'état de la peau du résident de la tête aux pieds, y compris les talons, les coudes, l'arrière de la tête et les autres points de pression, pendant la fourniture des soins personnels. (2) documente l'altération de l'intégrité de la peau dans la fiche journalière ou son équivalent électronique.

Lors d'un entretien, le directeur des soins a déclaré que l'évaluation complète de la peau devrait être effectuée le jour du bain du résident, et pendant les soins. Le personnel doit documenter ses observations à chaque quart de travail.

Par conséquent, l'évaluation de la peau du résident n'a été effectuée que deux jours après l'allégation de mauvais traitements présumés.

**Sources :** Examen du SOIC, du programme de soins du résident, de l'évaluation de la peau, du rapport d'enquête sur les documents et de la politique pertinente du foyer, entretiens avec les résidents, le personnel et le directeur des soins. [502]

## INFORMATIONS 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.

**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

**Bureau régional de services d'Ottawa**  
347, rue Preston, bureau 420  
Ottawa (Ontario) K1S 3J4  
Numéro de téléphone : 1 877 779-5559  
[OttawaSAO.moh@ontario.ca](mailto:OttawaSAO.moh@ontario.ca)

La demande écrite de révision doit inclure,

- (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 :

**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 :

- par courrier recommandé, elle est réputée être effectuée le cinquième jour après le jour de l'envoi;
- par courriel, elle est réputée être effectuée le jour suivant, si le document a été signifié après 16 h;
- par service de messagerie commerciale, elle est réputée être effectuée le deuxième jour ouvrable après que le service de messagerie commerciale a reçu 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 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 :

- un ordre donné par le directeur en vertu des articles 155 à 159 de la Loi;
- un APA délivré par le directeur en vertu de l'article 158 de la Loi;
- 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 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 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)

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).