

Rapport public

Date d'émission du rapport : 11 juin 2025

Numéro d'inspection : 2025-1276-0001

Type d'inspection :
Inspection proactive de conformité

Titulaire de permis : Sioux Lookout Meno-Ya-Win Health Centre

Foyer de soins de longue durée et ville : William A. "Bill" George Extended Care Facility,
Sioux Lookout

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 26 au 29 mai 2025.

L'inspection a eu lieu hors site aux dates suivantes : du 2 au 4 juin 2025.

L'inspection effectuée concernait :

- Signalement : n° 00147917 – inspection proactive de conformité.

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

Prévention et prise en charge des soins de la peau et des plaies (Skin and Wound Prevention and Management)

Soins et services de soutien aux personnes résidentes (Resident Care and Support Services)

Gestion des médicaments (Medication Management)

Conseils des résidents et des familles (Residents' and Family Councils)

Alimentation, nutrition et hydratation (Food, Nutrition and Hydration)

Foyer sûr et sécuritaire (Safe and Secure Home)

Prévention et contrôle des infections (Infection Prevention and Control)

Prévention des mauvais traitements et de la négligence (Prevention of Abuse and Neglect)

Amélioration de la qualité (Quality Improvement)

Normes en matière de dotation, de formation et de soins (Staffing, Training and Care Standards)

Droits et choix des résidents (Residents' Rights and Choices)

Gestion de la douleur (Pain Management)

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité n° 001 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD* (2021).

Non-respect de : la disposition 6 (1) c) de la *LRSLD* (2021)

Programme de soins

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

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins d'une personne résidente établisse des directives claires à l'égard du personnel et des autres personnes qui lui fournissent des soins directs.

Sources : Dossiers de soins d'une personne résidente; entretien avec un membre du personnel; et observations de l'inspecteur ou de l'inspectrice.

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité n° 002 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD* (2021).

Non-respect de : la disposition 6 (4) b) de la *LRSLD* (2021)

Programme de soins

Par. 6 (4) Le titulaire de permis veille à ce que le personnel et les autres personnes qui participent aux différents aspects des soins du résident collaborent ensemble à ce qui suit :

b) l'élaboration et la mise en œuvre du programme de soins de sorte que les différents aspects des soins s'intègrent les uns aux autres, soient compatibles les uns avec les autres et se complètent.

a) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le personnel et les autres personnes qui participent aux différents aspects des soins collaborent à l'élaboration et à la mise en œuvre des programmes de soins de deux personnes résidentes.

Sources : Dossiers de soins des personnes résidentes; entretiens avec un membre du personnel, et observations de l'inspecteur ou de l'inspectrice.

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité n° 003 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD* (2021).

Non-respect de : la disposition 6 (7) de la *LRSLD* (2021).

Programme de soins

Par. 6 (7) Le titulaire de permis veille à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis au résident, tel que le précise le programme.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins d'une personne résidente, en particulier concernant la réalisation d'une évaluation trimestrielle, soient fournis à cette personne résidente.

Sources : Dossiers de soins d'une personne résidente; entretiens avec le personnel et la direction.

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

Problème de conformité n° 004 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1. de la *LRSLD* (2021).

Non-respect de : la disposition 43 (4) de la *FLTCA* (2021).

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

Par. 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 n'a pas sollicité l'avis du conseil des résidents pour mener le sondage et donner suite à ses résultats.

Sources : Entretien avec des membres du personnel; entretien avec une personne résidente; et examen du procès-verbal d'une réunion récente du conseil des résidents.

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

Problème de conformité n° 005 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1. de la *LRSLD* (2021).

Non-respect de : la disposition 43 (5) de la LRSLD (2021)

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

Par. 43 (5) Le titulaire de permis veille à ce qui suit :

- a) les résultats du sondage sont documentés et mis à la disposition du conseil des résidents et du conseil des familles, s'il y en a un, pour leur demander conseil en application du paragraphe (4);
- b) les mesures prises en fonction des résultats du sondage pour améliorer le foyer de soins de longue durée et les soins, services, programmes et biens qui y sont fournis sont documentées et mises à la disposition du conseil des résidents et du conseil des familles, s'il y en a un;
- c) la documentation qu'exigent les alinéas a) et b) est mise à la disposition des résidents et de leur famille;
- d) la documentation qu'exigent les alinéas a) et b) est conservée au foyer de soins de longue durée et mise à disposition lors d'une inspection effectuée en vertu de la partie X.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les résultats du sondage soient documentés et mis à la disposition du conseil des résidents pour lui demander conseil; à ce que les mesures prises en fonction des résultats du sondage pour améliorer le foyer de soins de longue durée et les soins, services, programmes et biens qui y sont fournis soient documentées et mises à la disposition du conseil des résidents; à ce que la documentation soit mise à la disposition des résidents et de leur famille; et à ce que la documentation soit conservée au foyer de soins de longue durée et mise à disposition lors de l'inspection.

Sources : Examen du procès-verbal de réunion du conseil des résidents; entretien avec un membre du personnel et entretien avec une personne résidente.

AVIS ÉCRIT : Exigences générales

Problème de conformité n° 006 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 34 (1) 3 du Règl. de l'Ont. 246/22.

Exigences générales

Par. 34 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au respect des règles suivantes à l'égard de chacun des programmes structurés exigés aux articles 11 à 20 de la Loi et de chacun des programmes interdisciplinaires exigés à l'article 53 du présent règlement :

3. Le programme doit être évalué et mis à jour au moins une fois par année conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises.

a) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que son programme de gestion de la douleur soit évalué une fois par année. Le ou la responsable du programme de gestion de la douleur a

confirmé qu'il n'y avait pas eu d'évaluation du programme.

Sources : Entretien avec le ou la responsable du programme de gestion de la douleur.

b) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins de la peau et des plaies soit évalué une fois par année. Le ou la responsable du programme des soins de la peau et des plaies du foyer a confirmé qu'il n'y avait pas eu d'évaluation du programme.

Sources : Entretien avec le ou la responsable du programme des soins de la peau et des plaies.

AVIS ÉCRIT : Services infirmiers et services de soutien personnel

Problème de conformité n° 007 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD* (2021).

Non-respect de : la disposition 35 (3) e) du Règl. de l'Ont. 246/22

Services infirmiers et services de soutien personnel

Par. 35 (3) Le plan de dotation en personnel doit :

e) être évalué et mis à jour au moins une fois par année conformément aux pratiques fondées sur des données probantes et, en l'absence de telles pratiques, conformément aux pratiques couramment admises.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le plan de dotation en personnel soit évalué et mis à jour une fois par année.

Sources : Plan de dotation du foyer; entretien avec le ou la gestionnaire des soins aux patients.

AVIS ÉCRIT : Gestion de la douleur

Problème de conformité n° 008 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD* (2021).

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

Gestion de la douleur

Par. 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.

Le titulaire de permis ne s'est pas assuré que les réactions d'une personne résidente aux stratégies de gestion de la douleur et l'efficacité de ces stratégies étaient surveillées.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règlement de l'Ontario 246/22, le titulaire de permis est

tenu de veiller à ce que la marche à suivre pour surveiller l'efficacité des médicaments antalgiques soit respectée. Plus précisément, aucun suivi n'a été rempli pour surveiller l'efficacité d'un médicament antalgique donné à une personne résidente.

Sources : Dossiers de soins d'une personne résidente; et entretiens avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Programmes de soins alimentaires et d'hydratation

Problème de conformité n° 009 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD* (2021).

Non-respect de : la disposition 74 (2) a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programmes de soins alimentaires et d'hydratation

Par. 74 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les programmes comprennent ce qui suit :

a) l'élaboration et la mise en œuvre, en consultation avec un diététiste agréé faisant partie du personnel du foyer, de politiques et de marches à suivre ayant trait aux soins alimentaires, aux services de diététique et à l'hydratation.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que sa politique intitulée « Hot Food Holding Temperature Log » [journal sur la température de maintien des aliments chauds] soit mise en œuvre. Conformément à la disposition 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que les politiques écrites élaborées pour le programme concernant les services de diététique soient respectées. Plus précisément, aucune température de maintien des aliments n'a été consignée lors d'une journée et d'un repas déterminés.

Sources : Politique du foyer; examen des journaux de température des aliments

AVIS ÉCRIT : Programmes de soins alimentaires et d'hydratation

Problème de conformité n° 010 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD* (2021).

Non-respect de : la disposition 74 (2) d) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Programmes de soins alimentaires et d'hydratation

Par. 74 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les programmes comprennent ce qui suit :

d) un système de surveillance et d'évaluation de l'ingestion d'aliments et de liquides des résidents dont les risques liés à l'alimentation et à l'hydratation sont identifiés;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un système soit en place pour surveiller et évaluer

l'ingestion de suppléments nutritionnels sous forme d'aliments et de liquides pour les personnes résidentes qui reçoivent des suppléments.

Sources : Entretien avec un membre du personnel.

AVIS ÉCRIT : Planification des menus

Problème de conformité n° 011 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 77 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Planification des menus

Par. 77 (2) Le titulaire de permis veille à ce que chaque cycle de menus, avant sa mise à disposition :

b) soit évalué au moins par le gestionnaire de la nutrition et le diététiste agréé qui font partie du personnel du foyer;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les cycles de menus soient évalués le ou la diététiste agréé(e) avant leur mise à disposition.

Sources : Entretien avec un membre du personnel.

AVIS ÉCRIT : Entreposage sécuritaire des médicaments

Problème de conformité n° 012 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154(1)1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 138 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Entreposage sécuritaire des médicaments

Par. 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.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les substances désignées soient entreposées dans une armoire distincte, verrouillée à double tour et fixée en permanence dans l'endroit verrouillé.

Sources : Observations de l'inspectrice ou de l'inspecteur et entretien avec un membre du personnel.

AVIS ÉCRIT : Incidents liés à des médicaments et réactions indésirables à des médicaments

Problème de conformité n° 013 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 147 (3) c) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Incidents liés à des médicaments et réactions indésirables à des médicaments

Par. 147 (3) Le titulaire de permis veille à ce qui suit :

c) tous les éléments exigés aux alinéas a) et b) sont consignés dans un dossier. Règl. de l'Ont. 66/23, art. 30.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un dossier écrit soit tenu pour l'examen trimestriel à l'égard de l'ensemble des incidents liés à des médicaments, incidents d'hypoglycémie sévère, incidents d'hypoglycémie ne répondant pas à un traitement, réactions indésirables à des médicaments et utilisations de glucagon qui sont survenus au foyer depuis le dernier examen, ainsi qu'un dossier écrit des modifications et améliorations recensées lors de l'examen qui ont été mises en œuvre.

Sources : Entretiens avec des membres du personnel; et politique : Medication Incident and Adverse Reporting [rapports sur les incidents liés aux médicaments et les réactions indésirables].

AVIS ÉCRIT : Comité d'amélioration constante de la qualité

Problème de conformité n° 014 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 166 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Comité d'amélioration constante de la qualité

Par. 66 (2) Le comité d'amélioration constante de la qualité se compose d'au moins les personnes suivantes :

1. L'administrateur du foyer.
2. Le directeur des soins infirmiers et des soins personnels du foyer.
3. Le directeur médical du foyer.
4. Tous les responsables désignés du foyer.
5. Le diététiste agréé du foyer.
6. Le fournisseur de services pharmaceutiques du foyer ou, si celui-ci est une personne morale, un pharmacien qui relève du fournisseur de services pharmaceutiques.
7. Au moins un employé du titulaire du permis qui est un membre du personnel infirmier permanent du foyer.

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 159,

District du Nord

rue Cedar, bureau 403
Sudbury (Ontario) P3E 6A5
Téléphone : 800 663-6965

8. Au moins un employé du titulaire du permis qui a été embauché comme préposé aux services de soutien personnel ou pour fournir de tels services au foyer et qui satisfait aux qualités des préposés aux services de soutien personnel visées à l'article 52.

9. Un membre du conseil des résidents.

10. Un membre du conseil des familles, s'il y en a un.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le comité d'amélioration constante de la qualité soit composé d'au moins les personnes suivantes : tous les responsables désignés du foyer; le diététiste agréé du foyer; au moins un employé du titulaire du permis qui est un membre du personnel infirmier permanent du foyer; au moins un employé du titulaire du permis qui a été embauché comme préposé aux services de soutien personnel ou pour fournir de tels services au foyer et qui satisfait aux qualités des préposés aux services de soutien personnel visées à l'article 52; et un membre du conseil des résidents.

Sources : Entretien avec un membre du personnel et examen du mandat du comité d'amélioration constante de la qualité.

AVIS ÉCRIT : Orientation

Problème de conformité n° 015 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la *LRSLD* (2021).

Non-respect de : la disposition 259 (2) c) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Orientation

Par. 259 (2) Le titulaire de permis veille à ce que la formation du personnel en matière de prévention et de contrôle des infections exigée en application de la disposition 9 du paragraphe 82 (2) de la Loi comprenne ce qui suit :

f) les pratiques de nettoyage et de désinfection;

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que la formation du personnel en matière de prévention et de contrôle des infections (PCI) exigée en application de la disposition 9 du paragraphe 82(2) de la Loi comprenne les pratiques de nettoyage et de désinfection.

Sources : Entretien avec un membre du personnel.

ORDRE DE MISE EN CONFORMITÉ N° 001 Service de restauration et de collation

Problème de conformité n° 016 – ordre de mise en conformité aux termes de la disposition 154 (1) 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

Par. 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.

L'inspecteur ou l'inspectrice ordonne au titulaire de permis de respecter un ordre de conformité [al. 155 (1) a) de la LRSLD (2021)] :

1. Former de nouveau tous les membres du personnel déterminés de l'établissement de soins prolongés au sujet des liquides épaissis, de la manière d'épaissir les liquides selon diverses consistances, du processus et de toute ressource disponible au foyer relativement à l'épaississement des liquides. Consigner dans un registre détaillé les informations relatives aux personnes qui ont été formées, au moment où la formation a eu lieu, à la personne qui a donné la formation ainsi qu'au contenu de celle-ci.

2. Élaborer et mettre en œuvre un outil de vérification et réaliser des vérifications au moins trois fois par semaine, pendant un minimum de quatre semaines, pour s'assurer que les liquides sont épaissis à la bonne consistance. Consigner l'outil de vérification et les vérifications effectuées dans un registre écrit. Mettre en œuvre les mesures correctives si des lacunes ou des préoccupations sont identifiées dans le cadre des vérifications.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que son service de restauration prévoie un processus permettant de s'assurer que les personnes préposées au service d'alimentation et les autres membres du personnel chargés d'aider les personnes résidentes soient au courant des exigences sur la consistance des liquides pour une personne résidente.

Sources : Dossiers de soins d'une personne résidente; observation de l'inspecteur ou de l'inspectrice; et entretiens avec le personnel.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 23 juillet 2025.

ORDRE DE CONFORMITÉ n° 002 Évaluation annuelle

Problème de conformité n° 017 – ordre de conformité aux termes de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 125 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Évaluation annuelle

Par. 125 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les membres d'une équipe interdisciplinaire, laquelle doit notamment comprendre le directeur médical, l'administrateur du foyer, le directeur des soins infirmiers et des soins personnels, le fournisseur de services pharmaceutiques et un diététiste agréé faisant partie du personnel du foyer, se rencontrent chaque année pour évaluer l'efficacité du système de gestion des médicaments au foyer et recommander les modifications à y apporter pour l'améliorer.

L'inspecteur ou l'inspectrice ordonne au titulaire de permis de respecter un ordre de conformité [al. 155 (1) a) de la LRSLD (2021)] :

Le titulaire de permis doit :

- 1) Examiner le système de gestion des médicaments et les politiques actuellement en vigueur;
- 2) Évaluer et mettre à jour le système et les politiques, conformément aux normes ou protocoles que délivre le directeur ou la directrice concernant les médicaments;
- 3) Conserver les documents de l'examen, de l'évaluation et des mises à jour pour le système de gestion des médicaments et les politiques connexes.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les membres d'une équipe interdisciplinaire, devant notamment comprendre le directeur médical, l'administrateur du foyer, le directeur des soins infirmiers et des soins personnels et le fournisseur de services pharmaceutiques, se rencontrent chaque année pour évaluer l'efficacité du système de gestion des médicaments au foyer et recommander les modifications à y apporter pour l'améliorer.

Sources : Examen des politiques du foyer sur les médicaments; et entretien avec le personnel.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 23 juillet 2025.

INFORMATIONS POUR UNE RÉVISION/UN 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 à la directrice ou 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 la directrice ou le directeur doit être présentée par écrit et signifiée à la directrice ou 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 la directrice ou 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 commercial à la personne indiquée ci-dessous :

Directrice ou 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^e étage

Toronto (Ontario) M7A 1N3

courriel : MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca

Si la signification se fait :

- a) par courrier recommandé, elle est réputée être faite le cinquième jour qui suit le jour de l'envoi;

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 159,

District du Nord

rue Cedar, bureau 403
Sudbury (Ontario) P3E 6A5
Téléphone : 800 663-6965

- b) par courriel, elle est réputée être faite le lendemain, si le document a été signifié après 16 heures;
- c) 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 de la directrice ou 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 la directrice ou le directeur et, aux fins d'un appel interjeté devant la CARSS, la directrice ou le directeur est réputé avoir signifié au titulaire de permis une copie de ladite décision à l'expiration du délai 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 de la directrice ou du directeur, rendue en vertu de l'article 169 de la Loi, concernant l'ordre de conformité (par. 155) ou l'APA (par. 158) d'une inspectrice ou d'un inspecteur.

La CARSS est un tribunal indépendant qui n'a aucun lien avec le ministère. Il est établi 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 de la directrice ou du directeur qui fait l'objet de l'appel. L'avis d'appel doit être remis à la fois à la CARSS et à la directrice ou au directeur :

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

À l'attention du registrateur
151, rue Bloor Ouest, 9^e étage
Toronto (Ontario) M5S 1S4

Directrice ou 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^e étage
Toronto (Ontario) M7A 1N3
courriel : 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 159,

District du Nord

rue Cedar, bureau 403
Sudbury (Ontario) P3E 6A5
Téléphone : 800 663-6965

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.