

Rapport public

Date d'émission du rapport : 12 septembre 2025

Numéro d'inspection : 2025-1193-0005

Type d'inspection :

Plainte
Incident critique
Suivi

Titulaire de permis : CVH (n° 6) LP par son partenaire général, Southbridge Care Homes (une société en commandite, par son partenaire général, Southbridge Health Care GP Inc.)

Foyer de soins de longue durée et ville : Orchard Villa, Pickering

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 2 au 5 et du 8 au 12 septembre 2025.

Les dossiers suivants ont été inspectés lors de cette inspection liée à un suivi :

Un dossier de suivi lié à l'ordre de conformité (OC) n° 001/2025-1193-0003, paragraphe 6 (7) de la LRSLD (2021), avec une date d'échéance de conformité du 11 juillet 2025.

Un dossier de suivi lié à l'OC n° 004/2025-1193-0004, alinéa 23 (4) (b) du Règl. de l'Ont. 246/22, exigences en matière de refroidissement.

Un dossier de suivi lié à l'OC n° 005/2025-1193-0004, alinéa 24 (4) (a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Un dossier de suivi lié à l'OC n° 002/2025-1193-0004, paragraphe 24 (1) de la LRSLD (2021), Obligation de protéger.

L'inspection relative à une plainte concernait les dossiers suivants :

Une plainte concernant l'entretien ménager, le programme de soins et le traitement des plaies d'une personne résidente.

Une plainte concernant le mauvais traitement d'une personne résidente.

Les dossiers suivants ont été inspectés lors de cette inspection liée à un incident critique (IC) :

Un incident lié à une allégation d'exploitation financière

Deux incidents liés à des chutes ayant entraîné des blessures

Deux incidents liés à l'administration de soins de façon inappropriée à des

personnes résidentes

Deux incidents liés à de mauvais traitements entre personnes résidentes

Ordres de conformité délivrés antérieurement

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

Ordre n° 001 de l'inspection n° 2025-1193-0003 aux termes du paragraphe 6 (7) de la LRSLD (2021)

Ordre n° 004 de l'inspection n° 2025-1193-0004 lié à l'alinéa 23 (4) b) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Ordre n° 005 de l'inspection n° 2025-1193-0004 lié à l'alinéa 24 (4) a) du Règl. de l'Ont., 246/22.

Ordre n° 002 de l'inspection n° 2025-1193-0004 aux termes du paragraphe 24 (1) de la LRSLD (2021)

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

- Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
- Services d'entretien ménager, de buanderie et d'entretien
- Prévention et contrôle des infections
- Foyer sûr et sécuritaire
- Prévention des mauvais traitements et de la négligence
- Comportements réactifs
- Personnel, formation et normes de soins
- Droits et choix des personnes résidentes
- Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : DROIT À ÊTRE TRAITÉ AVEC RESPECT

Non-respect n° 001 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 3 (1) 2) de la LRSLD (2021)

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 :

2. Le résident a droit au respect de son mode de vie et de ses choix.

Le titulaire de permis n'a pas respecté la préférence de la personne résidente en ce qui concerne les fournisseurs de soins.

Le programme de soins provisoire de la personne résidente indique que des fournisseurs de soins précis sont chargés des soins personnels. Les dossiers indiquent que pendant des mois, les préférences de la personne résidente n'ont pas été respectées.

Source : dossiers cliniques de la personne résidente, documents des tâches du point de service et entretiens avec les membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Déclaration des droits des résidents

Non-respect n° 002 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 3 (1) 4) de la LRSLD (2021)

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 :

4. Le résident a droit à la protection contre les mauvais traitements.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente soit protégée contre les mauvais traitements de la part d'une autre personne résidente.

A report was submitted to the Director regarding a staff observation of an inappropriate interaction between residents. Le personnel a noté que l'interaction s'est poursuivie jusqu'à ce que la mesure d'intervention sépare les personnes. La personne résidente concernée a exprimé son mécontentement à l'égard de l'interaction.

Sources : rapport du système de rapports d'incident critique, dossiers médicaux des personnes résidentes, enquête du foyer et entretiens avec les membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : DROIT À DES SOINS DE QUALITÉ ET À L'AUTODÉTERMINATION

Non-respect n° 003 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 3 (1) 16) de la LRSLD (2021)

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 :

16. Le résident a droit à un hébergement, à une alimentation, à des soins et à des services qui sont convenables et qui correspondent à ses besoins.

Le titulaire de permis n'a pas fourni des soins et des services répondant aux besoins d'une personne résidente lorsqu'un membre du personnel a empêché une personne résidente d'accéder à son hébergement.

À une date précise, un incident s'est produit au cours duquel la personne résidente s'est vu refuser l'accès à son hébergement. Les notes d'enquête de suivi et les entretiens avec les membres du personnel indiquent que cette pratique s'est produite à plusieurs reprises avec différentes personnes résidentes.

Source : notes d'enquête du foyer, rapports du système de rapports d'incident critique et entretien avec les membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Obligations précises : propreté et bon état

Non-respect n° 004 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 19 (2) a) de la LRSLD (2021)

Services d'hébergement

Paragraphe 19 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

a) le foyer, l'ameublement et le matériel sont toujours propres et sanitaires;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer soit toujours propre et sanitaire.

Une plainte a été déposée auprès du directeur ou de la directrice concernant le manque de propreté du foyer. Au cours de ses observations, l'inspecteur ou l'inspectrice a constaté que plusieurs aires du foyer étaient en mauvais état sanitaire et nécessitaient des réparations.

Sources : observations.

AVIS ÉCRIT : Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

Non-respect n° 005 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 28 (1) 2) de la LRSLD (2021)

Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

Paragraphe 28 (1) Quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner que l'un ou l'autre des cas suivants s'est produit ou peut se produire fait immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et communique les renseignements sur lesquels ils sont fondés :

2. Les mauvais traitements infligés à un résident par qui que ce soit ou la négligence envers un résident de la part du titulaire de permis ou du personnel, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des incidents de mauvais traitements soient immédiatement signalés au directeur ou à la directrice.

Plusieurs incidents impliquant des allégations de mauvais traitements de personnes résidentes ont été signalés au directeur ou à la directrice. Les dossiers d'enquête du foyer, les dossiers des personnes résidentes et les entretiens avec les membres du personnel ont confirmé que les allégations n'avaient pas été signalées immédiatement.

Sources : rapports du système de rapports d'incident critique, notes d'enquête du foyer, dossiers médicaux des personnes résidentes et entretiens avec les membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Techniques de transfert et de changement de position

Non-respect n° 006 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'article 40 du Règl. de l'Ont. 246/22

Techniques de transfert et de changement de position

Article 40 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les membres du personnel utilisent des appareils ou des techniques de transfert et

de changement de position sécuritaires lorsqu'ils aident les résidents.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les membres du personnel utilisent des techniques de transfert sécuritaires lorsqu'ils aident une personne résidente qui est tombée.

Un incident a été signalé au directeur ou à la directrice, au cours duquel une personne résidente a fait une chute et s'est blessée. Les notes d'enquête et les entretiens avec les membres du personnel ont confirmé que de mauvaises techniques de transfert avaient été utilisées pour aider la personne résidente après la chute.

Sources : notes d'enquête du foyer, politique concernant le programme de prévention et de gestion des chutes (Falls Prevention and Management Program policy) et entretien avec les membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes

Non-respect n° 007 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

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

Prévention et gestion des chutes

Paragraphe 54 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le résident qui fait une chute fasse l'objet d'une évaluation et à ce que, si l'état ou la situation du résident l'exige, une évaluation postérieure à sa chute soit effectuée au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour les chutes. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 54 (2); Règl. de l'Ont. 66/23, art. 11.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que, lorsqu'une personne résidente fait une chute, elle soit évaluée et qu'une évaluation après la chute soit effectuée au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique.

Un incident a été signalé au directeur ou à la directrice, indiquant qu'une personne résidente avait fait une chute qui l'avait blessée. Aucune évaluation après la chute n'a été réalisée à l'aide d'un outil approprié sur le plan clinique.

Sources : dossiers cliniques de la personne résidente et entretiens avec les

membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Facilitation des selles et soins liés à l'incontinence

Non-respect n° 008 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect du : sous-alinéa 56 (2) h) (ii) du Règl. de l'Ont. 246/22

Facilitation des selles et soins liés à l'incontinence

Paragraphe 56 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

- h) les résidents disposent de divers produits pour incontinence qui, à la fois :
- (ii) leur sont bien adaptés,

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente reçoive un produit pour incontinence qui lui soit bien adapté.

Une plainte a été déposée auprès du directeur ou de la directrice concernant des inquiétudes au sujet d'une personne résidente, notamment en ce qui concerne les soins liés à l'incontinence. Le programme de soins provisoire de la personne résidente indique qu'elle doit toujours recevoir une taille précise de produit pour incontinence. Les membres du personnel ont confirmé que lorsque le produit requis n'était pas disponible, la personne résidente en utilisait un autre.

Sources : programme de soins provisoire de la personne résidente, observations, entretien avec les membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Comportements réactifs

Non-respect n° 009 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 58 (4) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Comportements réactifs

Paragraphe 58 (4) Le titulaire de permis veille à ce qui suit pour chaque résident qui affiche des comportements réactifs :

- (b) des stratégies sont élaborées et mises en œuvre pour réagir à ces comportements, dans la mesure du possible;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des stratégies soient mises en œuvre pour répondre aux comportements réactifs d'une personne résidente.

Une personne résidente avait des antécédents de comportements réactifs envers d'autres personnes résidentes. Une stratégie mise en place par le foyer pour gérer les comportements de la personne résidente n'a pas été appliquée lors des observations de l'inspecteur ou de l'inspectrice.

Sources : observations, dossiers médicaux de la personne résidente et entretiens avec les membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Avis : police

Non-respect n° 010 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'article 105 du Règl. de l'Ont. 246/22

Avis : police

Article 105 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le corps de police concerné soit immédiatement avisé de tout incident allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitements ou de négligence envers un résident s'il soupçonne que l'incident constitue une infraction criminelle. Art. 105 [paragraphe 390 (2)] du Règl. de l'Ont. 246/22.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le corps de police concerné soit immédiatement avisé d'un incident allégué de mauvais traitements et de négligence à l'égard d'une personne résidente.

Un incident a été signalé au directeur ou à la directrice au sujet d'une allégation de mauvais traitements envers une personne résidente. D'après les dossiers du foyer, la personne résidente a fait une allégation de mauvais traitements et de négligence. Les notes d'évolution de la personne résidente et les entretiens avec les membres du personnel ont confirmé que la police n'a été prévenue que trois jours plus tard.

Sources : notes d'évolution d'une personne résidente, entretiens avec les membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Traitement des plaintes

Non-respect n° 011 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1) de la LRSLD (2021)

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

Traitement des plaintes

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

1. La plainte fait l'objet d'une enquête et d'un règlement, dans la mesure du possible, et une réponse conforme à la disposition 3 est donnée dans les 10 jours ouvrables qui suivent la réception de la plainte. S'il est allégué dans la plainte qu'un préjudice ou un risque de préjudice, notamment un préjudice physique, a été causé à un ou plusieurs résidents, l'enquête est menée immédiatement.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une réponse soit donnée à une personne résidente qui avait déposé une plainte verbale au foyer.

Un incident a été signalé au directeur ou à la directrice concernant une allégation de mauvais traitements. Le registre des plaintes du foyer montrait qu'une personne résidente a déposé une plainte auprès du foyer. Le formulaire de plainte et le registre des plaintes du foyer indiquaient qu'aucune réponse n'a été fournie.

Sources : dossiers de plaintes du foyer et entretien avec le directeur des soins infirmiers ou la directrice des soins infirmiers (DSI).

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 001 Obligation de protéger

Non-respect n° 012 Ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154 (1) 2) de la LRSLD (2021)

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

Obligation de protéger

Paragraphe 24 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée protège les résidents contre les mauvais traitements de la part de qui que ce soit et veille à ce que les résidents ne fassent l'objet d'aucune négligence de sa part ou de la part du personnel.

L'inspecteur ou l'inspectrice ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de conformité [alinéa 155 (1) a) de la LRSLD (2021)] :

(1) Former l'équipe de direction à la politique de signalement des plaintes, d'enquête et de réponse, en particulier à la procédure d'enquête visant à évaluer dans quelle mesure les membres du personnel répondent aux besoins des personnes résidentes. Veiller à ce que le contenu de la formation comprenne des études de cas.

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844-231-5702

(2) Conserver une trace écrite du matériel examiné, de la date, du nom et du titre de la personne qui a dispensé la formation, ainsi que du nom et du titre de la personne qui a suivi la formation.

(3) Le directeur régional ou la directrice régionale vérifiera toutes les allégations de mauvais traitements et de négligence adressées au personnel concerné entre la date d'émission du rapport et la date limite de mise en conformité, afin de s'assurer qu'il soit conforme aux exigences de la politique du foyer visant la tolérance zéro en matière de mauvais traitements, de négligence et de comportement illégal envers les personnes résidentes (Zero Tolerance of Resident Abuse, Neglect and Unlawful Conduct), ainsi qu'à la politique de signalement des plaintes, d'enquête et d'intervention.

(4) Consigner la date et l'heure de la vérification, le personnel chargé de la vérification, le résultat et les mesures prises, le cas échéant, à la suite de la vérification.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente ne subisse pas de mauvais traitements de sa part ou de la part du personnel.

L'article 7 du Règlement de l'Ontario 246/22 définit la négligence comme « [le] défaut de fournir à un résident les traitements, les soins, les services ou l'aide nécessaires à sa santé, à sa sécurité ou à son bien-être. S'entend en outre d'une inaction ou d'une tendance à l'inaction qui compromet la santé, la sécurité ou le bien-être d'un ou de plusieurs résidents. ».

L'incident concernait une allégation de soins inadéquats prodigués à une personne résidente, signalée au directeur ou à la directrice. À une date précise, la personne résidente a indiqué que ses besoins n'avaient pas été satisfaits pendant environ huit heures parce qu'elle ne pouvait pas communiquer. L'enquête a révélé que le personnel a aidé la personne résidente, mais que celle-ci a continué à demander de l'aide pendant ce temps. Le programme de soins provisoire mentionnait l'utilisation d'un dispositif de communication avec le personnel, dont ce dernier n'avait pas connaissance. Un membre du personnel a confirmé que la personne résidente avait demandé de l'aide, mais il ignorait que la personne résidente utilisait un appareil pour communiquer. L'appareil n'a pas été fourni à la personne résidente pendant environ huit heures. Le ou la DSI a reconnu que le fait de ne pas aider la personne résidente à communiquer constituait une négligence. Le fait que le foyer n'ait pas

fourni d'aide à la communication a causé une grande détresse à la personne résidente. En conséquence, la dignité, l'autonomie et le bien-être physique de la personne résidente ont été affectés.

Sources : programme de soins d'une personne résidente, notes d'enquête du foyer, entretien avec les membres du personnel.

Le titulaire de permis n'a pas protégé les personnes résidentes contre les mauvais traitements et la négligence de la part du personnel.

Une personne résidente a déposé une plainte auprès du foyer, alléguant qu'un membre du personnel avait restreint l'accès d'une autre personne résidente à son lit en utilisant un objet physique. Une enquête a mis au jour un ensemble d'incidents indiquant des mauvais traitements, des négligences et le non-respect des programmes de soins provisoire individuels par un membre précis du personnel. Ces problèmes ont porté atteinte à la sécurité, à la dignité et au bien-être de quatre personnes résidentes et peut-être d'autres personnes se trouvant dans une aire désignée du foyer.

Source : entretiens avec les membres du personnel, notes d'enquête du foyer.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 21 novembre 2025.

Un avis de pénalité administrative est délivré dans le cadre du présent ordre de conformité n° 001.

AVIS DE PÉNALITÉ ADMINISTRATIVE (APA)

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la LRSLD (2021)

Avis de pénalité administrative APA n° 001

Lié à l'ordre de conformité OC n° 001

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 11000,00 \$, 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

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844-231-5702

pénalité administrative est infligée parce que le titulaire de permis n'a pas respecté une exigence, qui a donné lieu à un ordre de conformité en vertu de l'article 155 de la LRSLD (2021) et que, au cours des trois années précédant immédiatement la date d'émission de l'ordre en vertu de l'article 155, le titulaire de permis n'a pas respecté la même exigence.

Historique de la conformité :

Problème de non-respect antérieur aux termes du paragraphe 24 (1) de la LRSLD (2021) donnant lieu à l'ordre de conformité n° 002 dans le cadre de l'inspection n° 2025-1193-0004, émis le 23 juillet 2025; et à l'OD n° 001 dans le cadre de l'inspection n° 2023-1193-0004, émis le 28 juin 2023.

Il s'agit de la seconde pénalité administrative délivrée à l'encontre du titulaire de permis pour le non-respect de l'exigence en question.

La facture et les renseignements relatifs au paiement seront envoyés séparément par courrier après la notification du présent avis.

Le titulaire de permis ne doit pas payer un APA au moyen d'une enveloppe pour les soins aux personnes résidentes fournie par le ministère des Soins de longue durée [c.-à-d. soins infirmiers et soins personnels; services de programmes et de soutien; aliments crus]. 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 personnes résidentes 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 de cet (ces) ordre(s) ou de cet avis de pénalité administrative conformément à l'article 169 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (la Loi). Le titulaire de permis peut demander au directeur ou à la directrice de suspendre le ou les présents ordres en attendant la révision. Si un titulaire de permis demande la révision d'un avis de pénalité administrative (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 la directrice 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 ou la directrice doit être présentée par écrit et signifiée au directeur ou à la directrice 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 ou directrice

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^e étage

Toronto (Ontario) M7A 1N3

Courriel : MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca

Si la signification se fait :

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844-231-5702

- (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 suivants, la réception de la demande de révision du titulaire de permis, le ou les présents ordres et/ou le présent APA sont réputés confirmés par le directeur 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 ou la directrice en vertu des articles 155 à 159 de la Loi;
- b) un APA délivré par le directeur ou la directrice en vertu de l'article 158 de la Loi;
- c) la décision de révision du directeur ou de la directrice, 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 ou d'une inspectrice.

La CARSS est un tribunal indépendant qui n'a aucun lien avec le ministère. Elle est établie par la législation pour examiner les questions relatives aux services de soins de santé. Si le titulaire de permis décide d'interjeter appel, il doit remettre un avis d'appel écrit dans les 28 jours suivants la date à laquelle il a reçu une copie de l'ordre, de l'APA ou de la décision du directeur ou de la directrice qui fait l'objet de l'appel. L'avis d'appel doit être remis à la fois à la CARSS et au directeur ou à la directrice.

Commission d'appel et de révision des services de santé

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

Directeur ou directrice

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844-231-5702

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^e étage
Toronto (Ontario) M7A 1N3
Courriel : 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.