

Rapport public

Date d'émission du rapport : 5 septembre 2025

Numéro d'inspection : 2025-1393-0005

Type d'inspection :

Plainte

Incident critique

Titulaire de permis : Henley House Limited

Foyer de soins de longue durée et ville : The Henley House, St Catharines

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : les 22, 25, 26, 27, 28 et 29 août 2025 et les 2, 3, 4 et 5 septembre 2025.

L'inspection concernait :

- Le dossier n° 00149298/incident critique (IC) n° 2909-000038-25 – lié à un foyer sûr et sécuritaire.
- Le dossier n° 00149922/IC n° 2909-000041-25 – lié à la prévention et à la gestion des chutes.
- Le dossier n° 00150617/IC n° 2909-000044-25 relatif à la prévention et au contrôle des infections
- Le dossier n° 00151049/IC n° 2909-000046-25 – lié aux services de soins et de soutien aux personnes résidentes.
- Le dossier n° 00152284/IC n° 2909-000050-25 – lié aux services de soins et de soutien aux personnes résidentes.
- Le dossier n° 00154382/IC n° 2909-000054-25 – lié aux services de soins et de soutien aux personnes résidentes.
- Le dossier n° 00154668/IC n° 2909-000057-25 – lié à la prévention et à la gestion des chutes.
- Le dossier n° 00154734/IC n° 2909-000056-25 – lié à la prévention et au contrôle des infections.
- Le dossier n° 00155117 – plainte liée à la prévention et au contrôle des infections.

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

Prévention et gestion des soins de la peau et des plaies

Services de soins et de soutien aux personnes résidentes

Prévention et contrôle des infections

Foyer sûr et sécuritaire

Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

Non-respect rectifié

Le **non-respect** d'une exigence a été constaté lors de cette inspection, mais le titulaire de permis l'a **rectifié** avant l'issue de l'inspection. L'inspecteur ou l'inspectrice a estimé que le non-respect répondait à l'intention du paragraphe 154 (2) et ne nécessitait aucune autre mesure.

Non-respect n° 001 rectifié conformément aux termes du paragraphe 154 (2) de la LRSLD (2021)

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

Programme de soins

Paragraphe 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
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 écrit d'une personne résidente établisse des directives claires à l'égard du personnel et des autres personnes qui fournissent des soins directs à la personne résidente.

Une évaluation de l'utilisation d'un appareil d'aide personnelle a été réalisée pour une personne résidente à une date précise. L'évaluation indique que la personne résidente a besoin d'un appareil précis pour l'aider avec la mobilité au lit. La documentation relative au point de service ne contenait pas de directives claires à l'intention du personnel et des autres personnes qui fournissaient des soins directs à la personne résidente.

Le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) a confirmé que les directives du point de service auraient dû refléter le contenu de l'évaluation à la date à

laquelle l'évaluation de l'appareil d'aide personnelle a été réalisée pour la personne résidente. Le même jour, la tâche du point de service a été mise à jour.

Sources : observations, dossier clinique de la personne résidente et entretien avec le ou la DSI.

Date de la rectification apportée : 22 août 2025

AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes

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

Non-respect de : l'alinéa 53 (2) a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programmes obligatoires

Paragraphe 53 (2) En plus de devoir satisfaire aux exigences énoncées à l'article 34, chaque programme doit :

(a) prévoir des protocoles de dépistage;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de prévention et de gestion des chutes soit respecté, car le protocole de dépistage n'a pas été rempli. Plus précisément, un membre du personnel autorisé a omis de remplir un outil de dépistage des risques de chute pour une personne résidente.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis devait veiller à ce que les politiques écrites élaborées dans le cadre du programme de prévention et de gestion des chutes dans le foyer soient respectées.

La politique du foyer concernant le programme de prévention et de gestion des chutes (Fall Prevention and Management Program), approuvée pour la dernière fois le 30 juillet 2025, stipule que toutes les personnes résidentes doivent faire l'objet d'une évaluation complète des chutes au moment de l'emménagement, de la réadmission au foyer ou en cas de changement de leur état.

À une date donnée, une personne résidente se déplaçait seule sans son appareil d'aide personnel dans sa chambre et a fait une chute. La personne résidente a été transférée à l'hôpital, où elle a subi une intervention chirurgicale pour une blessure grave. À son retour, la personne résidente a eu besoin d'une aide importante pour les activités de la vie quotidienne en raison de sa blessure.

Le directeur adjoint ou la directrice adjointe des soins infirmiers (DASI) a reconnu que l'outil de dépistage aurait dû être rempli au retour de la personne résidente de l'hôpital.

Sources : dossier clinique de la personne résidente; politique du foyer concernant la prévention et la gestion des chutes (Falls Prevention and Management) (approuvée le 30 juillet 2025), et entretien avec le ou la DASI.

AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes

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

Non-respect de : paragraphe 54 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Prévention et gestion des chutes

Paragraphe 54 (1) Le programme de prévention et de gestion des chutes doit au minimum prévoir des stratégies visant à diminuer les chutes ou à en atténuer les effets, notamment par la surveillance des résidents, le réexamen des régimes médicamenteux des résidents, la mise en œuvre de méthodes axées sur les soins de rétablissement et l'utilisation d'équipement, de fournitures, d'appareils et d'accessoires fonctionnels. Paragraphe 54 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que son programme de prévention et de gestion des chutes prévoie des stratégies visant à diminuer les chutes des personnes résidentes ou à en atténuer les effets, et à permettre l'utilisation d'équipement, de fournitures, d'appareils et d'accessoires fonctionnels.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis devait veiller à ce que les politiques écrites élaborées dans le cadre du programme de prévention et de gestion des chutes dans le foyer soient respectées.

La description écrite du programme de prévention et de gestion des chutes exigeait que le foyer mette à jour le programme de soins provisoire de la personne résidente afin d'y inclure des précautions ou des stratégies supplémentaires pour prévenir les dommages à la suite d'une chute.

A. À des dates données, une personne résidente a fait une chute en utilisant son appareil d'aide à la mobilité. Le ou la DASI a documenté des stratégies visant à

réduire ou à atténuer le risque de chutes, qui comprenaient la mise en place d'un appareil particulier; toutefois, l'appareil n'a pas été mis en place, et le programme de soins provisoire n'a pas été mis à jour en conséquence.

Sources : observations, dossier clinique de la personne résidente, politique concernant la prévention et la gestion des chutes du foyer (Falls Prevention and Management) (approuvée le 30 juillet 2025) et entretien avec le ou la DASI.

B. À une date donnée, une personne résidente est tombée de son lit. Le ou la DASI a documenté des stratégies visant à réduire ou à atténuer le risque de chutes, qui comprenaient la mise en place d'un appareil particulier; toutefois, l'appareil n'a pas été mis en place, et le programme de soins provisoire n'a pas été mis à jour en conséquence.

Sources : observations; dossier clinique de la personne résidente, politique du foyer concernant la prévention et la gestion des chutes (Falls Prevention and Management) (approuvée le 30 juillet 2025), et entretien avec le ou la DASI.

C. À une date donnée, une personne résidente a fait une chute alors qu'elle se déplaçait dans sa chambre. Un membre du personnel a documenté des stratégies visant à réduire ou à atténuer le risque de chute, dont la mise en place d'un appareil de protection; toutefois, l'appareil de protection n'a pas été proposé à la personne résidente ni mis en place, et le programme de soins provisoire n'a pas été mis à jour en conséquence. Le ou la DASI et un membre du personnel ont reconnu que la mesure d'intervention aurait dû être proposée à la personne résidente, suivie d'une documentation sur la décision de la personne résidente d'accepter ou de refuser la mesure d'intervention.

Lors de l'inspection, le ou la DASI a confirmé que la mesure d'intervention avait été mise en œuvre et que le programme de soins avait été mis à jour.

Sources : observations; dossier clinique de la personne résidente, politique du foyer concernant la prévention et la gestion des chutes (Falls Prevention and Management) (approuvée le 30 juillet 2025), entretien avec la personne résidente, le ou la DASI et un membre du personnel.

AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes

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

Non-respect de : 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, à la suite d'une chute, la personne résidente fasse l'objet d'une évaluation après la chute à l'aide d'un instrument d'évaluation approprié sur le plan clinique et spécialement conçu pour les chutes, comme l'exige la loi.

À une date précise, un membre du personnel d'entretien a observé la personne résidente assise au bord de son appareil d'aide à la mobilité et a alerté les autres membres du personnel. Le personnel a aidé la personne résidente à s'asseoir au sol pour éviter une chute et a ensuite utilisé un lève-personne mécanique pour transférer la personne résidente en toute sécurité dans son lit.

Un membre du personnel autorisé a confirmé que l'incident correspondait à la définition d'une chute conformément à la politique du foyer et qu'une évaluation après la chute aurait dû être réalisée. Cependant, aucune évaluation de ce type n'a été documentée.

Sources : dossier clinique de la personne résidente, politique du foyer concernant la prévention et la gestion des chutes (Falls Prevention and Management) (approuvée le 25 juillet 2025) et entretien avec le personnel autorisé.

AVIS ÉCRIT : Traitement des plaintes

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

Non-respect de : sous-alinéa 108 (1) 3. i. 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 :

3. La réponse fournie à l'auteur d'une plainte comprend ce qui suit :

i. le numéro de téléphone sans frais du ministère à composer pour porter plainte au sujet des foyers, ses heures de service et les coordonnées de l'ombudsman des patients visé à la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous et au ministère*;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les lettres de réponse aux plaintes écrites concernant les soins prodigués à une personne résidente, qui ont été remises au plaignant aux dates précisées, contiennent le bon numéro de téléphone sans frais et les heures d'ouverture pour déposer des plaintes au sujet du foyer auprès du ministère des Soins de longue durée.

Le ou la DSI a reconnu que les lettres de réponse fournies au plaignant dans les délais impartis ne contenaient pas les renseignements exigés.

Sources : rapports d'incidents critiques (IC), lettres de réponse des plaignants, notes d'enquête du foyer et entretien avec le ou la DSI.

AVIS ÉCRIT : Dossiers des résidents

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

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

Dossiers des résidents

Paragraphe 274 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que :

b) le dossier écrit du résident soit tenu à jour en tout temps.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le dossier écrit de la personne résidente soit tenu à jour lorsque le personnel n'a pas consigné une tentative infructueuse d'effectuer la mesure d'intervention médicale prescrite.

Le ou la DSI et un membre du personnel autorisé ont reconnu que l'on s'attendait à ce que toute incapacité à mener à bien la mesure d'intervention médicale prescrite soit consignée dans le dossier électronique de la personne résidente, afin que l'équipe clinique puisse réévaluer les besoins en matière de soins, le cas échéant.

Sources : dossiers cliniques de la personne résidente; entretiens avec le ou la DSI et les membres du personnel autorisé.

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 001 Programme de prévention et contrôle des infections de l'infection

Non-respect n° 007 Ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154 (1) 2) de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programme de prévention et de contrôle des infections

Paragraphe 102 (2) Le titulaire de permis met en œuvre ce qui suit :

b) les normes ou protocoles que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections. Paragraphe 102 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22.

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)] :

A) Former à nouveau les membres du personnel et les étudiants identifiés sur les procédures relatives à l'équipement de protection individuelle (ÉPI) pour les personnes résidentes faisant l'objet de précautions supplémentaires, en couvrant la sélection, l'application, le retrait et l'élimination de l'ÉPI requis.

B) Documenter la formation du personnel, y compris les noms des membres du personnel qui y ont participé, les dates auxquelles la formation a été dispensée et le nom du membre du personnel qui l'a dispensée.

C) Effectuer des vérifications de l'ÉPI pendant la période indiquée pour les membres du personnel et l'étudiant identifiés afin d'évaluer la sélection, l'application, le retrait et l'élimination corrects de l'ÉPI requis pour les personnes résidentes faisant l'objet de précautions supplémentaires.

D) Conserver des archives écrites des vérifications à l'intention de l'inspecteur ou de l'inspectrice, y compris la date et l'heure de l'achèvement de la vérification, le nom du ou des membres du personnel qui ont effectué les vérifications et les mesures correctives (le cas échéant) qui ont été prises après l'achèvement de ces vérifications.

Motifs

A) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la Norme de prévention et de contrôle des infections (Norme de PCI) pour les foyers de soins de longue durée,

datée de septembre 2023, soit mise en œuvre. La Norme de la PCI, à la section 9.1, relative aux précautions supplémentaires, sous-section (f), indique que le titulaire de permis doit s'assurer qu'au minimum, les précautions supplémentaires comprennent au minimum des exigences supplémentaires en matière d'équipement de protection individuelle, y compris la sélection, l'application, le retrait et l'élimination appropriés.

Un panneau de précaution supplémentaire affiché à la porte de la chambre de la personne résidente demandait à tout le personnel de porter un ÉPI particulier avant d'entrer. À une date donnée, une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) étudiante a été observée à l'intérieur de la chambre d'une personne résidente sans l'ÉPI requis. La PSSP étudiante n'a pas non plus respecté la séquence d'enfilage et de retrait de l'ÉPI telle qu'elle est indiquée sur la signalisation.

Le ou la DSI a confirmé que les PSSP étudiantes sont tenus de respecter les politiques et procédures du foyer en matière d'ÉPI.

Le choix, l'application, le retrait et l'élimination inappropriés de l'ÉPI par la PSSP étudiante ont créé un risque de propagation de maladies infectieuses à la personne résidente et à d'autres personnes dans le foyer.

Sources : observation de la chambre de la personne résidente, norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée (dernière révision – septembre 2023), et entretien avec le ou la DSI.

B) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la Norme de prévention et de contrôle des infections (Norme de PCI) pour les foyers de soins de longue durée, datée de septembre 2023, soit mise en œuvre. La Norme de la PCI, à la section 9.1, relative aux précautions supplémentaires, sous-section (f), indique que le titulaire de permis doit s'assurer qu'au minimum, les précautions supplémentaires comprennent au minimum des exigences supplémentaires en matière d'équipement de protection individuelle, y compris la sélection, l'application, le retrait et l'élimination appropriés.

Un panneau de précaution supplémentaire à l'entrée de la chambre de la personne résidente exigeait que le personnel porte un ÉPI particulier à l'entrée. À une date

donnée, une PSSP a été observée à l'intérieur de la chambre d'une personne résidente sans l'ÉPI requis. La PSSP a admis ne pas avoir vérifié la signalisation des précautions supplémentaires et les exigences en matière d'ÉPI pour la personne résidente. La PSSP a également signalé qu'un ÉPI particulier n'était pas accessible parce que le chariot d'ÉPI n'avait pas été réapprovisionné par le personnel du quart de travail précédent.

En ne respectant pas les exigences en matière d'ÉPI énoncées sur la signalisation des précautions supplémentaires, la PSSP a potentiellement exposé la personne résidente et d'autres personnes au risque de transmission de maladies infectieuses.

Sources : observation de la chambre de la personne résidente, norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée (dernière révision – septembre 2023), et entretien avec la PSSP.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le :

3 octobre 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 5 500 \$, à verser dans les 30 jours suivant la date de la facture.

Conformément aux paragraphes 349 (6) et (7) du Règl. de l'Ont. 246/22, cette pénalité administrative est 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 :

- Alinéa 102 (2) (b) du Règl. de l'Ont. 246/22 – Un avis écrit émis le 30/07/2025 sous le numéro d'inspection 2025-1393-0004.
- Alinéa 102 (2) (b) du Règl. de l'Ont. 246/22 – Un ordre de conformité (OC) a été délivré le 03/06/2024 sous le numéro d'inspection 2024-1393-0001.
- Alinéa 102 (2) (b) du Règl. de l'Ont. 246/22 – Un avis écrit émis le 17/07/2023 sous le numéro d'inspection 2023-1393-0005.

Il s'agit de la première pénalité administrative émise à l'encontre du titulaire de permis pour le non-respect de cette exigence.

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.

ORDRE DE CONFORMITÉ OC N° 002 MÉDECIN-HYGIÉNISTE EN CHEF ET MÉDECIN-HYGIÉNISTE

Non-respect n° 008 Ordre de conformité aux termes de l'alinéa 154 (1) 2) de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'article 272 du Règl. de l'Ont. 246/22

Médecin-hygiéniste en chef et médecin-hygiéniste

Paragraphe 272 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à assurer le respect de tous les ordres, ou conseils et toutes les directives, orientations ou recommandations applicables que formule le médecin-hygiéniste en chef ou le médecin-hygiéniste nommé en vertu de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*.

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

- A) Veiller à ce que le personnel identifié documente le nettoyage et la désinfection des surfaces à contact élevé chaque fois que la tâche est accomplie. La documentation doit inclure la date et l'heure de l'achèvement de la tâche, ainsi que le nom du membre du personnel qui l'a accomplie.
- B) Former à nouveau tout le personnel identifié sur la procédure et la fréquence de nettoyage et de désinfection des surfaces à contact élevé lors d'une éclosion.
- C) Documenter la formation, y compris la composante de la formation, la date à laquelle la formation a été dispensée, le nom du personnel recevant la formation et le nom du (des) membre(s) du personnel qui a (ont) dispensé la formation.
- D) Conserver une trace écrite de la formation dispensée au personnel identifié, à des fins d'examen par l'inspecteur ou l'inspectrice.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les surfaces à contact élevé soient nettoyées et désinfectées deux fois par jour lors d'une éclosion de COVID-19.

En février 2025, les recommandations émises par le médecin-hygiéniste en chef pour la prévention et le contrôle des épidémies dans les institutions et les lieux de vie collective (Recommendations for Outbreak Prevention and Control in Institutions and Congregate Living Settings) recommandaient, à la section 3.12 sur l'amélioration du nettoyage et de la désinfection de l'environnement, de nettoyer et de désinfecter au moins deux fois par jour les surfaces les plus touchées dans les aires communes, les zones de traitement, les zones de restauration et les zones de détente.

Une éclosion de COVID-19 a été déclarée à Henley House par le service de santé publique de la région de Niagara à une date précise, et a ensuite été transformée en éclosion à l'échelle du foyer. La politique du foyer exigeait de nettoyer et de désinfecter les surfaces à contact élevé au moins deux fois par jour en cas d'éclosion.

L'examen des dossiers a révélé que le personnel n'avait pas nettoyé et désinfecté les surfaces à contact élevé deux fois par jour pendant l'éclosion de COVID-19, comme exigé. Le consultant des services environnementaux du foyer a reconnu

que le personnel n'avait pas nettoyé et désinfecté les surfaces à contact élevé dans plusieurs aires des personnes résidentes selon la fréquence de nettoyage et de désinfection requise lors d'une éclosion confirmée de COVID-19.

Le risque de transmission de maladies infectieuses aux personnes résidentes a augmenté lorsque le personnel du foyer n'a pas respecté les procédures et les recommandations du médecin-hygiéniste en chef concernant le nettoyage et la désinfection biquotidiens des surfaces à contact élevé lors d'une éclosion confirmée de COVID-19.

Sources : politique du foyer concernant le nettoyage des surfaces à contact élevé (High Touch Surface Cleaning), les recommandations du médecin-hygiéniste en chef pour la prévention et le contrôle des éclosions dans les institutions et les foyers de soins de longue durée (en vigueur : février 2025), listes de contrôle pour le nettoyage des surfaces à contact élevé (High Touch Surface Cleaning Checklists) pour les aires du foyer, entretiens avec les membres du personnel et le consultant des services environnementaux.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 3 octobre 2025.

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 commercial 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 de Hamilton119, rue King Ouest, 11^e étage

Hamilton (Ontario) L8P 4Y7

Téléphone : 800-461-7137

- (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

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 de Hamilton

119, rue King Ouest, 11^e étage

Hamilton (Ontario) L8P 4Y7

Téléphone : 800-461-7137

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

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.