

**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 Toronto**

5700, rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

**Rapport public modifié  
Page couverture (M1)****Date d'émission du rapport modifié :** 17 octobre 2024**Date d'émission du rapport initial :** 4 octobre 2024**Numéro d'inspection :** 2024-1402-0004 (M1)**Type d'inspection :**

Plainte

Incident critique

**Titulaire de permis :** 2063414 Ontario Limited à titre d'associé commandité de  
2063414 Investment LP**Foyer de soins de longue durée et ville :** Norfinch Community, North York**RÉSUMÉ D'INSPECTION MODIFIÉ**

L'ordre de conformité (OC) n° 001 a été modifié de façon à clarifier le libellé dans le rapport du titulaire de permis. L'OC n° 001 est nouvellement émis dans le présent rapport d'inspection modifié, et la date de signification est le 17 octobre 2024. Les OC n° 002 et n° 003 figurent dans le présent rapport à titre de référence, mais ils n'ont pas été modifiés. Par conséquent, la date de signification reste le 4 octobre 2024.

**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 Toronto**

5700, rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

## Rapport public modifié (M1)

|                                                                                                            |                                                                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Date d'émission du rapport modifié :</b> 17 octobre 2024                                                |                                                                                         |
| <b>Date d'émission du rapport initial :</b> 4 octobre 2024                                                 |                                                                                         |
| <b>Numéro d'inspection :</b> 2024-1402-0004 (M1)                                                           |                                                                                         |
| <b>Type d'inspection :</b><br>Plainte<br>Incident critique                                                 |                                                                                         |
| <b>Titulaire de permis :</b> 2063414 Ontario Limited à titre d'associé commandité de 2063414 Investment LP |                                                                                         |
| <b>Foyer de soins de longue durée et ville :</b> Norfinch Community, North York                            |                                                                                         |
| <b>Inspectrice principale ou inspecteur principal</b>                                                      | <b>Autres inspectrices ou inspecteurs</b>                                               |
| <b>Modifié par</b>                                                                                         | <b>Signature numérique de l'inspectrice ou de l'inspecteur qui a modifié le rapport</b> |

## RÉSUMÉ D'INSPECTION MODIFIÉ

L'ordre de conformité (OC) n° 001 a été modifié de façon à clarifier le libellé dans le rapport du titulaire de permis. L'OC n° 001 est nouvellement émis dans le présent rapport d'inspection modifié, et la date de signification est le 17 octobre 2024. Les OC n° 002 et n° 003 figurent dans le présent rapport à titre de référence, mais ils n'ont pas été modifiés. Par conséquent, la date de signification reste le 4 octobre 2024.

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

**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 Toronto**

5700, rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : les 20, 21, 22, 23, 26, 27 et 29 août 2024 et les 17, 18, 19 et 20 septembre 2024.

Un entretien à l'extérieur a été mené le 1<sup>er</sup> octobre 2024.

L'inspection concernait :

- Demande n° 00121697 – Incident critique (IC) n° 2918-000018-24 – liée à une allégation de mauvais traitement
- Demande n° 00121710 – Plainte portant sur une allégation de mauvais traitements

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

Prévention et contrôle des infections

Prévention des mauvais traitements et de la négligence

Comportements réactifs

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION MODIFIÉS

### AVIS ÉCRIT : Politique visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence

Problème de conformité n° 001 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

#### **Non-respect : du paragraphe 25 (1) de la *LRSLD* (2021)**

Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

**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 Toronto**

5700, rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

Paragraphe 25 (1) Sans préjudice de la portée générale de l'obligation prévue à l'article 24, le titulaire de permis veille à ce que soit adoptée et respectée une politique écrite visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les membres du personnel respectent la politique visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence, qui englobait des procédures à suivre pour réagir aux mauvais traitements observés envers des résidents.

**Justification et résumé**

Selon la politique du foyer, les membres de l'équipe devaient immédiatement informer l'infirmière responsable de toute situation de mauvais traitements.

Un membre de l'équipe a constaté la présence d'une personne résidente dans la chambre d'une autre personne résidente et a soupçonné des mauvais traitements. Les personnes résidentes ont été séparées. Le membre de l'équipe a ensuite informé les autres membres, qui ont tous attendu que l'infirmière auxiliaire autorisée (IAA) soit de retour de sa pause pour lui signaler l'incident. L'IAA ignorait toutefois la procédure à suivre et a appelé l'infirmière gestionnaire qui est arrivée, a évalué la personne résidente et a pris les autres mesures.

Le directeur général a affirmé que les membres de l'équipe qui avaient eu connaissance de l'incident auraient dû en informer immédiatement l'IAA ou l'infirmière gestionnaire plutôt que d'attendre que l'IAA soit de retour de sa pause. Le directeur général a ajouté que ces membres de l'équipe et l'IAA n'avaient pas respecté la politique du foyer et avaient retardé inutilement l'apport d'une protection et d'un soutien immédiats à la personne résidente maltraitée.

**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 Toronto**

5700, rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

L'omission de respecter la politique du foyer en matière de prévention des mauvais traitements et de la négligence a exposé une personne résidente au risque de subir d'autres mauvais traitements et un sentiment de désespoir.

**Sources :** Politique du foyer en matière de prévention des mauvais traitements et de la négligence chez les personnes résidentes (*Prevention of Abuse & Neglect of a Resident* [VII-G-10.00]), dont la dernière révision remonte à octobre 2023, notes d'enquête du foyer, et entretiens avec le directeur général et d'autres membres du personnel.

## **ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) No 001 Obligation de protéger**

Problème de conformité n° 002 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) 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'inspectrice ou l'inspecteur ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de conformité [*LRSLD* (2021), alinéa 155 (1) a) :**

Veiller à ce que la personne résidente n° 001 soit protégée contre les mauvais traitements.

**Motifs**

**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 Toronto**

5700, rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne résidente n° 001 soit protégée contre les mauvais traitements infligés par la personne résidente n° 002.

**Justification et résumé**

L'article 2 du Règlement de l'Ontario 246/22 définit les mauvais traitements d'ordre sexuel comme suit : « soit d'attouchements, de comportements ou de remarques de nature sexuelle non consensuels ou d'une exploitation sexuelle dont un résident est victime de la part d'une autre personne qu'un titulaire de permis ou un membre du personnel ».

Un membre de l'équipe a aperçu la personne résidente n° 002 en train de toucher de manière inappropriée la personne résidente n° 001 dans sa chambre. Lorsqu'elle a été confrontée, la personne résidente n° 002 a immédiatement quitté les lieux. Le système de vidéosurveillance de la chambre de la personne résidente n° 001 et le système de surveillance des couloirs ont permis de constater que ce geste s'était produit à plusieurs reprises. La personne résidente n° 002 a été arrêtée par la police, puis accusée d'une infraction pénale et elle ne réside plus au foyer.

Le directeur général a confirmé que le foyer n'avait pas protégé la personne résidente n° 001 contre les mauvais traitements infligés par la personne résidente n° 002.

Le risque de préjudice était grave, car le foyer n'a pas protégé la personne résidente n° 001 contre les mauvais traitements récurrents infligés par la personne résidente n° 002.

**Sources :** Dossiers cliniques des personnes résidentes n° 001 et n° 002, y compris les notes d'évolution et les programmes de soins, notes d'enquête du foyer, séquences vidéo, et entretiens avec le personnel et un inspecteur de police.

**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 Toronto**

5700, rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

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

15 novembre 2024

**Un avis de pénalité administrative (APA) est délivré dans le cadre du présent ordre de conformité (APA 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 349 (7) du Règl. de l'Ont. 246/22, la pénalité administrative est infligée pour les raisons suivantes : le titulaire de permis n'a pas respecté une exigence, ce qui a donné lieu à un ordre en vertu de l'article 155 de la Loi et, au cours des trois années précédant immédiatement la date à laquelle l'ordre a été délivré en vertu de l'article 155, le titulaire de permis n'a pas respecté cette même exigence.

### **Historique de la conformité**

Un ordre de conformité a été délivré en vertu du paragraphe 19 (1) de la *LFSLD* (2007) – Obligation de protéger, dans le cadre de l'inspection no 2021-938758-0002.

**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 Toronto**

5700, rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

Il s'agit du premier APA délivré au titulaire de permis pour non-respect de l'exigence en question.

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

Le titulaire de permis ne doit pas payer un APA au moyen d'une enveloppe pour les soins aux résidents fournie par le ministère [c.-à-d. soins infirmiers et personnels (SIP); services des programmes et de soutien (SPS); et aliments crus (AC)]. 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 résidents afin de payer l'APA.

**ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) No 002 Obligation de protéger**

Problème de conformité n° 003 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : du paragraphe 19 (1) du chapitre 8 de la *LFSLD* (2007), L.O. 2007****Obligation de protéger**

Paragraphe 19 (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 qu'ils ne fassent l'objet d'aucune négligence de sa part ou de la part du personnel. 2007, chap. 8, par. 19 (1).

**L'inspecteur ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de conformité [*LRSLD* (2021), alinéa 155 (1) a) :**

Élaborer une analyse approfondie de la réponse du foyer aux incidents signalés de comportement réactif inapproprié de la personne résidente n° 002 qui se sont produits en 2021.

**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 Toronto**

5700, rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

Cette analyse doit comprendre :

1. les mesures prises par le foyer;
2. les mesures que le foyer aurait pu prendre, mais n'a pas prises;
3. l'impact de l'état cognitif des victimes sur la réponse du foyer et des autorités;
4. la recherche sur le moment où une victime atteinte de démence est le plus susceptible de se souvenir d'événements.

Une consignation de cette analyse doit être conservée et remise à l'inspecteur sur demande.

**Motifs**

Le 11 avril 2022, la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (LRSLD [2021]) et le Règlement de l'Ontario (Règl. de l'Ont.) 246/22 sont entrés en vigueur et ont ainsi abrogé et remplacé la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* (LFSLD [2007]) et le Règl. de l'Ont. 79/10 en vertu de la LFSLD (2007). Comme il est énoncé ci-dessous, le non-respect par le titulaire de permis de l'exigence applicable s'est produit avant le 11 avril 2022, alors que l'exigence était prévue au paragraphe 19 (1) de la LFSLD. Le non-respect de l'exigence applicable a également eu lieu après le 11 avril 2022, ce qui relève du paragraphe 24 (1) de la LRSLD.

A) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne résidente n° 004 soit protégée contre les mauvais traitements infligés par la personne résidente n° 002.

**Justification et résumé**

L'article 2 du Règl. de l'Ont. 79/10 définit le mauvais traitement d'ordre sexuel ainsi : « soit d'attouchements, de comportements ou de remarques de nature sexuelle non consensuels ou d'une exploitation sexuelle dont un résident est victime de la part d'une personne autre qu'un titulaire de permis ou un membre du personnel. ».

**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 Toronto**

5700, rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

Un membre de l'équipe a aperçu la personne résidente n° 002 en train de toucher de manière inappropriée la personne résidente n° 004. Le système de vidéosurveillance des couloirs du foyer a permis de vérifier ces attouchements. Le foyer a communiqué avec la police, qui a donné un avertissement verbal à la personne résidente n° 002 pour qu'elle ne touche pas les autres personnes résidentes. Le directeur général a confirmé que le foyer n'avait pas protégé la personne résidente n° 004 contre les mauvais traitements infligés par la personne résidente n° 002.

La personne résidente n° 004 a été exposée à un risque sur le plan de la dignité, car la personne résidente n° 002 la touchait de manière inappropriée.

**Sources :** Incident critique, notes d'enquête du foyer, notes d'évolution des personnes résidentes n° 002 et n° 004, images du système de vidéosurveillance, et entretien avec le directeur général.

B) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne résidente n° 005 soit protégée contre les mauvais traitements infligés par la personne résidente n° 002.

**Justification et résumé**

La personne résidente n° 005 a déclaré à un membre de l'équipe que la personne résidente n° 002 l'avait touchée de manière inappropriée. D'autres membres de l'équipe qui se sont entretenus avec la personne résidente n° 005 ont confirmé l'allégation. Par la suite, la personne résidente n° 005 a refusé de parler à la police.

Le directeur général a fait observer qu'il était d'avis que la personne résidente n° 002 avait infligé des mauvais traitements à la personne résidente n° 005.

**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 Toronto**

5700, rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

La personne résidente n° 005 a été exposée à un risque sur le plan du bien-être émotionnel, car la personne résidente n° 002 la touchait de manière inappropriée.

**Sources :** Incident critique, notes d'évolution de la personne résidente n° 005, notes d'enquête du foyer et entretiens avec les membres de l'équipe et le directeur général.

C) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne résidente n° 006 soit protégée contre les mauvais traitements infligés par la personne résidente n° 002.

**Justification et résumé**

Un membre de l'équipe a constaté que la personne résidente n° 002 s'était trouvée à proximité de la personne résidente n° 006. La personne résidente n° 006 a déclaré que la personne résidente n° 002 l'avait touchée de manière inappropriée. Un autre membre de l'équipe a réagi et obtenu la même déclaration de la part de la personne résidente n° 006. Le système de vidéosurveillance a permis de constater que la personne résidente n° 002 était entrée dans la chambre de la personne résidente n° 006 au moment de l'incident susmentionné. Lorsque la police est arrivée plus tard le même jour, la personne résidente n° 006 ne se souvenait pas de l'incident.

Le directeur général a confirmé que le foyer n'avait pas protégé la personne résidente n° 006 contre les mauvais traitements infligés par la personne résidente n° 002.

La personne résidente n° 006 était exposée à un risque sur le plan du bien-être émotionnel, car la personne résidente n° 002 la touchait de manière inappropriée.

**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 Toronto**

5700, rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

**Sources :** Incident critique, notes d'évolution de la personne résidente n° 006, notes d'enquête du foyer et entretiens avec les membres de l'équipe et le directeur général.

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 31 janvier 2025**

**ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 003 Comportements réactifs**

Problème de conformité n° 004 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect : de la disposition 3 du paragraphe 58 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22**  
Comportements réactifs

Paragraphe 58 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à l'élaboration de ce qui suit pour répondre aux besoins des résidents qui affichent des comportements réactifs :

3. Des protocoles permettant de surveiller les résidents et de présenter des rapports internes.

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

Donner une séance de recyclage à l'ensemble des membres du personnel des soins directs qui travaillaient dans l'unité au moment où les événements se sont produits et qui travaillent toujours au foyer sur l'importance de la surveillance des personnes résidentes et du signalement des comportements réactifs.

Cette séance de recyclage doit comprendre une étude de cas sur les comportements de la personne résidente n° 002.

**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 Toronto**

5700, rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

Un registre doit être tenu et doit inclure les dates de la formation et son contenu ainsi que le nom des personnes qui l'ont donnée et qui y ont participé.

**Motifs**

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les protocoles de surveillance et de rapport interne soient suivis pour la personne résidente n° 002 ayant des comportements réactifs.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis doit veiller à ce que des protocoles de surveillance et de rapport interne soient élaborés pour répondre aux besoins des résidents ayant des comportements réactifs.

Plus précisément, le personnel n'a pas respecté la politique du foyer selon laquelle les personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP) doivent surveiller les personnes résidentes et informer l'infirmière si des activités de la vie quotidienne (AVQ) déclenchent des comportements réactifs.

**Justification et résumé**

La personne résidente n° 002 a touché la personne résidente n° 001 de manière inappropriée. Des incidents semblables avaient déjà été signalés. Aucun incident récent n'avait été signalé ou consigné. Au cours de l'enquête menée par le foyer, il a été établi que la personne résidente n° 002 avait touché une PSSP de manière inappropriée alors que celle-ci l'aidait à accomplir une AVQ. La PSSP a soutenu qu'elle croyait qu'il s'agissait d'une situation normale pour la personne résidente n° 002 et qu'elle ne l'avait donc signalée à personne. Le directeur des soins a confirmé que la PSSP n'avait pas respecté les attentes du foyer en matière de consignation et de signalement de tels comportements, et a précisé que le personnel avait normalisé le comportement de la personne résidente n° 002.

**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 Toronto**

5700, rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

Auparavant, les membres de l'équipe avaient décrit le comportement de la personne résidente n° 002 dans l'unité. Le directeur des soins a déclaré qu'il avait remarqué ces comportements lorsqu'il avait visionné les images du système de vidéosurveillance des couloirs. De plus, lors des entretiens d'enquête, une PSSP a affirmé qu'elle était d'avis que la personne résidente n° 002 avait ce type de comportement. Le directeur des soins et le directeur général ont tous deux déclaré que le personnel aurait dû signaler ce comportement, ce qui les aurait alertés sur le fait que le comportement antérieur de la personne résidente était toujours manifeste.

Or, l'omission de signaler les comportements réactifs a empêché le foyer de prendre des mesures d'intervention supplémentaires pour réduire le risque que la personne résidente n° 002 inflige des mauvais traitements à d'autres personnes.

**Sources :** Politique du foyer sur la gestion des comportements réactifs (*Responsive Behaviours Management* [VII-F-10.10]), qui a été révisée en novembre 2022 et qui était toujours en vigueur en juin 2024, notes d'enquête du foyer, notes d'évolution de la personne résidente n° 002, et entretiens avec une PSSP, le directeur des soins et le directeur général.

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 31 janvier 2025**

**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 Toronto**

5700, rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

## RENSEIGNEMENTS 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 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 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.

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.

**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 Toronto**

5700, rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

**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 :

- 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 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 :

- 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;

**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 Toronto**

5700, rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5  
Téléphone : 866 311-8002

- c) 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 registrateur  
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  
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).