

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Rapport public initial

Date d'émission du rapport : 14 août 2024

Numéro d'inspection : 2024-1555-0002

Type d'inspection :

Incident critique

Titulaire de permis : The Regional Municipality of York

Foyer de soins de longue durée et ville : York Region Newmarket Health Centre,
Newmarket

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 22 au 25 et le 29 juillet 2024 ainsi que les 1^{er} et 2 et du 6 au 8 août 2024.

L'inspection a eu lieu à l'extérieur aux dates suivantes : les 30 et 31 juillet 2024.

L'inspection concernait :

- Une demande liée aux services de soins et de soutien aux personnes résidentes.
- Deux demandes liées à la prévention et au contrôle des infections.
- Deux demandes liées à la prévention des mauvais traitements et de la négligence.

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

Services de soins et de soutien aux personnes résidentes

Prévention et contrôle des infections

Prévention des mauvais traitements et de la négligence

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Documentation

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

Non-respect : de la disposition 1 du paragraphe 6 (9) de la *LRSLD* (2021).

Programme de soins

Paragraphe 6 (9) Le titulaire de permis veille à ce que les éléments suivants soient documentés :

1. La prestation des soins prévus dans le programme de soins.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prodigués à une personne résidente soient correctement documentés par le personnel autorisé en ce qui concerne une procédure médicale.

Justification et résumé

Le directeur a reçu un rapport d'incident critique faisant état d'allégations de soins prodigués de façon inappropriée ou incompétente à une personne résidente au cours d'une procédure médicale qui a entraîné une hospitalisation.

La personne résidente devait subir une intervention médicale spécifique, conformément à l'ordonnance du médecin, un jour précis du mois, pendant le quart de jour. L'intervention a été effectuée par les infirmières auxiliaires autorisées (IAA) n° 100 et n° 102 et par l'étudiante IAA n° 115 vers la fin du quart de soir le même jour.

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Le registre électronique d'administration des médicaments (RAME) de la personne résidente indique que l'IAA n° 104 a écrit qu'elle avait complété l'ordonnance du médecin susmentionnée. L'IAA n° 104 a déclaré qu'elle avait peut-être écrit avoir complété l'ordonnance par erreur, mais qu'elle avait signalé au personnel autorisé du soir qu'elle n'avait pas été en mesure d'effectuer l'intervention.

L'IAA n° 100 a rédigé une documentation dans PointClickCare après l'intervention, mais n'a pas mentionné son implication réelle dans l'intervention, les détails sur la manière dont elle avait été effectuée et par qui, les préoccupations identifiées et la présence de l'étudiante IAA n° 115 et de l'IAA n° 101. L'IAA n° 101 a déclaré qu'après avoir terminé la procédure, elle ne l'a pas consignée, car l'IAA n° 100 lui avait dit que la documentation avait déjà été rédigée. L'IAA n° 101 a reconnu qu'elle était tenue de documenter l'intervention qu'elle avait effectuée et qu'il n'était pas acceptable qu'une autre IAA le fasse à sa place.

Les notes d'enquête du foyer et l'entretien avec le directeur adjoint des soins n° 107 ont tous deux confirmé que le personnel autorisé susmentionné n'avait pas rédigé les documents appropriés concernant les soins prodigués à la personne résidente.

La personne résidente a été exposée à un risque de préjudice lorsque le personnel autorisé n'a pas documenté de manière appropriée les détails de la procédure médicale requise et que l'ordonnance du RAME a été inscrite comme complétée par l'IAA n° 104, qui ne l'avait pas complétée.

Sources : Rapport d'incident critique, dossiers cliniques de la personne résidente, notes d'enquête du foyer et entretiens avec le personnel.

AVIS ÉCRIT : Services infirmiers et services de soutien 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 du Centre-Est

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

Problème de conformité n° 002 Avis écrit en vertu de la disposition 1 du paragraphe 154 (1) de la *LRSLD* (2021).

Non-respect : de l'alinéa 11 (1) a) de la *LRSLD* (2021)

Services infirmiers et services de soutien personnel

Paragraphe 11 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soient instaurés, à l'égard du foyer, les programmes suivants :

a) un programme structuré de services infirmiers visant à répondre aux besoins évalués des résidents;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que son programme structuré de services infirmiers pour le foyer réponde aux besoins évalués d'une personne résidente.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que la politique écrite qui traite de certaines procédures médicales dans le cadre du programme organisé de services infirmiers soit respectée.

Plus précisément, les IAA n° 100, n° 101, n° 102 et l'infirmière autorisée (IA) n° 103 n'ont pas respecté la politique du foyer relative à une intervention médicale particulière.

Justification et résumé

Le directeur a reçu un rapport d'incident critique faisant état d'allégations de soins prodigués de façon inappropriée ou incompétente à une personne résidente au cours d'une procédure médicale invasive, ce qui a entraîné une hospitalisation et une détresse émotionnelle.

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

La personne résidente devait subir une intervention médicale spécifique, conformément à l'ordonnance du médecin, qui a été effectuée par les IAA n° 100 et n° 102 et par l'étudiante IAA n° 115.

L'examen des notes d'enquête du foyer et les multiples entretiens avec le personnel ont permis de constater que certains aspects de cette politique n'ont pas été respectés par le personnel autorisé, tant pour l'exécution de l'intervention que pour la surveillance de la personne résidente après l'intervention. Environ une heure après l'intervention, la personne résidente ne montrait toujours pas d'amélioration et présentait de nombreux signes et symptômes confirmant que la politique n'avait pas été respectée au départ lors de l'intervention médicale.

L'IAA n°102 a fait part de cette évaluation à l'IA n° 103, mais en raison des antécédents médicaux de la personne résidente, elles ont décidé de continuer à la surveiller. Deux heures plus tard, la personne résidente a été transférée à l'hôpital en raison de l'aggravation des symptômes et de la nécessité de l'hospitaliser.

Le directeur adjoint des soins n° 107 a reconnu que le personnel autorisé n'avait pas suivi toutes les étapes requises par la politique du foyer lors de l'exécution de cette procédure médicale et que le seul fait de surveiller le résident n'était pas une mesure appropriée compte tenu des préoccupations initiales liées à cette procédure.

En raison du fait que le personnel autorisé susmentionné n'a pas respecté et pris en compte ces politiques et procédures spécifiques, la personne résidente a subi des complications et a dû être hospitalisée.

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Sources : Rapport d'incident critique, dossiers cliniques de la personne résidente, notes d'enquête du foyer, politique identifiée du foyer et entretiens avec le personnel.

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N°001 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 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) :

1. Former à nouveau les personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP) n° 119 et n° 120 (dès qu'elles seront disponibles) sur les définitions des mauvais traitements et de la négligence et sur les exigences législatives relatives à la prévention des mauvais traitements et de la négligence envers les personnes résidentes.

a) La formation sera donnée par un membre de la direction ou de l'équipe de leadership clinique.

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

b) Tenir un registre documenté de la formation offerte, du nom des participants, de la date d'achèvement de la formation et du contenu du matériel d'éducation et de formation.

2. Administrer un test supervisé sans assistance aux PSSP n° 119 et n° 120 après la formation. S'assurer que les deux employés complètent le test de manière indépendante et sans aide.

3. Si l'un des membres du personnel obtient une note finale inférieure à 90 %, il doit suivre une nouvelle formation et passer un nouveau test ET au minimum élaborer et mettre en œuvre un plan d'apprentissage pour ces personnes afin de combler leurs lacunes dans la compréhension des différents types de mauvais traitements et de négligence, conformément à la législation. Le plan d'apprentissage doit être mis en œuvre pendant quatre semaines, l'équipe de direction clinique devant fournir un retour d'information au personnel et administrer une évaluation à la fin de la période de quatre semaines.

4. Tenir un registre documenté du matériel de test, du dossier d'administration et des notes finales de chaque participant, ainsi que de la date à laquelle le test a été effectué.

5. L'équipe de direction clinique doit élaborer et mettre en œuvre un processus de vérification de la documentation de Point of Care par les PSSP du quart de soir en ce qui concerne les soins liés à l'incontinence et à l'élimination des personnes résidentes n° 002 et n° 003, conformément à leur programme de soins.

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

a) Les vérifications seront effectuées tous les jours, y compris les fins de semaine, pendant une période de quatre semaines, par un membre de l'équipe de direction ou par un membre du personnel autorisé désigné.

b) Conserver un registre documenté des vérifications effectuées pour la partie 5, y compris les dates auxquelles les vérifications ont été effectuées, le nom de la personne qui a effectué la vérification et toute mesure corrective prise lorsqu'une non-conformité a été identifiée.

6. Conserver un registre documenté de tout ce qui précède et le fournir aux inspecteurs ou aux inspectrices sur demande.

Motifs

Le titulaire du permis n'a pas veillé à ce que les personnes résidentes nos 002 et 003 soient protégées contre la négligence par les PSSP n° 119 et n° 120.

L'article 7 du Règl. de l'Ont. 246/22 définit la négligence comme suit : « S'entend du 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. »

Justification et résumé

Le directeur a reçu un rapport d'incident critique indiquant que les personnes résidentes n° 002 et n° 003 avaient été négligées par les PSSP n° 119 et n° 120.

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Veillez noter que la PSSP n° 120 n'était pas disponible lors de cette inspection et que la PSSP n° 119 était la principale soignante affectée aux deux personnes résidentes.

Le programme de soins de la personne résidente n° 003 indiquait qu'elle devait changer son produit pour l'incontinence à sa demande. Selon le registre de la sonnette d'appel et les images enregistrées par la caméra, la sonnette d'appel de la personne résidente n° 003 a été activée environ 25 minutes avant la fin du quart de travail. À ce moment-là, les PSSP n° 119 et n° 120 étaient assises dans une pièce et n'ont pas essayé de répondre à la sonnette d'appel. C'est finalement la PSSP n° 120 qui a répondu à la sonnette d'appel à la fin de son quart de travail, sans répondre aux besoins de soins de la personne résidente. La PSSP n° 122, qui venait de commencer son quart de travail, a déclaré avoir prodigué des soins liés à l'incontinence à la personne résidente n° 003 dès son arrivée, car la sonnette d'appel de la personne résidente était déjà activée.

La PSSP n° 119, qui était la principale soignante de la personne résidente n° 003, a déclaré que parce que la personne résidente avait appelé cinq minutes avant la fin de son quart de travail, elle n'a pas répondu à la sonnette d'appel parce qu'elle n'était pas en mesure de fournir des soins liés à l'incontinence à la personne résidente dans ce laps de temps. La PSSP n° 119 a reconnu qu'elle aurait dû répondre à la sonnette d'appel de la personne résidente pendant les heures de son quart de travail désigné et que si la personne résidente avait besoin de soins particuliers, elle aurait pu coordonner ces soins avec le personnel qui arrivait.

Veillez noter que l'heure réelle de l'activation de la sonnette d'appel de la personne résidente n° 003 a été précisée à la PSSP n° 119 et qu'il ne s'agissait pas initialement de cinq minutes avant la fin du quart de travail de la PSSP.

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Le programme de soins de la personne résidente n° 002 indique qu'elle devait faire changer son produit pour l'incontinence plusieurs fois au cours d'un quart de travail. La PSSP n° 119 a déclaré qu'elle devait documenter chaque fois que la personne résidente recevait des soins liés à l'incontinence dans Point of Care. Le registre de documentation de Point of Care indique que la personne résidente n° 002 a reçu des soins liés à l'incontinence une seule fois au cours de ce quart de travail. Il n'y avait pas d'autre documentation relative aux soins liés à l'incontinence de la personne résidente.

L'examen des notes d'enquête du foyer a confirmé que les PSSP n° 119 et n° 120 ont fourni des soins liés à l'incontinence à la personne résidente n° 002 une seule fois. L'examen des séquences enregistrées par la caméra indique que la dernière vérification de la personne résidente n° 002 avait été effectuée par la PSSP n° 120 environ une heure et demie avant la fin du quart de travail et qu'aucun autres soin ou évaluation appropriés par la PSSP n'a été effectué jusqu'à la fin de ce quart de travail. La personne résidente n° 002 a ensuite été trouvée par plusieurs membres du personnel au début du quart suivant présentant une incontinence intestinale, avec des selles qui se trouvaient également sur sa tête et son cou, et le personnel qui venait d'arriver a lavé et nettoyé la personne résidente.

Le directeur adjoint des soins n° 117 a déclaré que, selon les lignes directrices pour la routine de travail des PSSP, ces dernières devaient effectuer des rondes finales une heure à 30 minutes avant la fin de leur quart de travail. Le directeur adjoint des soins et le directeur des soins ont tous deux confirmé que, d'après l'enquête menée par le foyer, y compris les entretiens avec le personnel et les séquences enregistrées par les caméras, les PSSP n° 119 et n° 120 avaient négligé de prodiguer

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

les soins aux personnes résidentes n° 002 et n° 003, comme le prévoyait leur programme de soins.

Le fait de ne pas fournir de soins liés à l'incontinence à la personne résidente n° 002 et de ne pas répondre rapidement à la sonnette d'appel de la personne résidente n° 003 a eu pour conséquence que les deux personnes résidentes ont été négligées et n'ont pas reçu les soins nécessaires à leur sécurité et à leur bien-être.

Sources : Rapport d'incident critique, dossiers cliniques des personnes résidentes n° 002 et n° 003, notes d'enquête du foyer, lignes directrices pour la routine de travail des PSSP, entretiens avec le personnel, le directeur adjoint des soins n° 117 et le directeur des soins.

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

31 octobre 2024

ORDRE DE CONFORMITÉ N° 002 Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

Problème de conformité n° 004 Ordre de conformité en vertu de la disposition 2 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

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.

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

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

1. Donner une formation en personne à l'IAA n° 104 sur la politique de tolérance zéro du foyer en matière de mauvais traitements et de négligence, y compris, mais sans s'y limiter, les procédures de signalement internes et externes, les définitions des mauvais traitements et de la négligence et les exigences législatives relatives à la prévention des mauvais traitements et de la négligence à l'égard des personnes résidentes.

a) La formation prévue dans la partie 1 de cet ordre sera assurée par un membre de la direction ou de l'équipe de direction clinique.

b) Tenir un registre documenté de la formation offerte, du nom des participants, de la date d'achèvement de la formation et du contenu du matériel d'éducation et de formation.

2. Faire passer à l'IAA n° 104 un test non assisté et supervisé portant sur le matériel de formation de la partie (1). Veiller à ce qu'une nouvelle formation et un nouveau test soient proposés si le score est inférieur à 90 %.

3. Tenir un registre documenté du matériel de test, du dossier d'administration et de la note finale du participant, ainsi que la date à laquelle le test a été effectué, le nom et la signature de la personne qui a supervisé l'administration du test.

4. Conserver un registre documenté de tout ce qui précède et le fournir aux inspecteurs ou aux inspectrices sur demande.

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la politique écrite visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes soit compilée par l'IAA no 104.

Justification et résumé

Le directeur a reçu un rapport d'incident critique indiquant que les personnes résidentes n° 002 et n° 003 avaient été négligées par le personnel pendant un quart de travail du soir.

Selon la politique du foyer en matière de prévention des mauvais traitements et de la négligence, tous les membres du personnel sont tenus de signaler immédiatement au superviseur approprié du foyer en service (ou sur appel) tout incident de mauvais traitements ou de négligence allégué ou dont ils sont témoins.

La PSSP n° 122 a signalé l'allégation de négligence envers des personnes résidentes susmentionnées à l'IAA n° 104. La PSSP a également envoyé un courrier électronique (courriel) au directeur adjoint des soins n° 107 et a demandé à l'IAA n° 104 d'examiner le courriel avant de l'envoyer. Le contenu du courriel comprenait des allégations de négligence envers la personne résidente n° 002 en ce qui concernait les soins liés à l'incontinence et envers la personne résidente n° 003 en ce qui concernait le fait que le personnel n'avait pas répondu rapidement à la sonnette d'appel.

L'IAA n° 104 a déclaré qu'elle avait examiné le courriel, mais qu'elle n'avait pas considéré ce qui lui avait été rapporté comme de la négligence envers la personne résidente n° 002 et qu'elle n'avait pas été mise au courant de l'allégation de négligence envers la personne résidente n° 003. L'IAA n° 104 a toutefois reconnu

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 ON L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

qu'elle était tenue de signaler toute allégation de négligence à l'infirmière responsable et qu'elle ne l'avait pas fait pour des raisons qui lui étaient propres à l'époque.

Selon les notes d'enquête du foyer et l'entretien avec le directeur adjoint des soins n° 107, l'IA n° 123 n'a pas été informée par l'IAA n° 104 de l'allégation. L'IA n° 123 a reçu le courriel du directeur adjoint des soins n° 107 et a ensuite été informée par la PSSP n° 122 des allégations, puis elle a informé le gestionnaire de garde (qui était le directeur adjoint des soins à l'époque) et a appelé la ligne d'intervention ouverte après les heures de bureau.

En ne signalant pas immédiatement l'allégation de négligence à l'infirmière responsable par l'IAA n° 104, le processus d'enquête a été retardé et les personnes résidentes ont été exposées à un risque de préjudices supplémentaire.

Sources : Rapport d'incident critique, notes d'enquête du foyer, entretiens avec le personnel.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le
31 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 du Centre-Est

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

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 du Centre-Est

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

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^e étage

Toronto (Ontario) M7A 1N3

Courriel : 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 du Centre-Est

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

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^e 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^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.