

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 : 25 avril 2024

Numéro d'inspection : 2024-1710-0002

Type d'inspection :

Inspection proactive de conformité

Titulaire de permis : Lakeridge Health

Foyer de soins de longue durée et ville : Lakeridge Gardens, Ajax

Inspectrice principale/Inspecteur principal

AngieM King (644)

Signature numérique de

l'inspectrice/Signature numérique de l'inspecteur

Angeli M King Digitally signed by Angeli M King
Date: 2024.05.06 10:53:14 -04'00'

Autres inspectrices ou inspecteurs

Fatemeh Heydarimoghari (742649)

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a été menée sur place aux dates suivantes : du 2 au 5 et du 8 au 11 avril 2024

Les inspections concernaient :

- Inspection proactive de conformité

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

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

Gestion des médicaments (Medication Management)

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

Foyer sûr et sécuritaire (Safe and Secure Home)

Amélioration de la qualité (Quality Improvement)

Gestion de la douleur (Pain Management)

Prévention et gestion des chutes (Falls Prevention and Management)

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

Prévention et prise en charge des lésions cutanées et des plaies (Skin and Wound Prevention and Management)

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

Prévention et contrôle des infections (Infection Prevention and Control)

Prévention de maltraitance et de négligence (Prevention of Abuse and Neglect)

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

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

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Amélioration de la qualité (Quality Improvement)

Problème de conformité n° 001 – avis écrit remis conformément à la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 166 (2) 4 du Règl. de l'Ont. 246/22.

Comité d'amélioration constante de la qualité

Paragraphe 166 (2) : Le comité d'amélioration constante de la qualité se compose d'au moins les personnes suivantes :

4. Tous les responsables désignés du foyer.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le responsable de la prévention et du contrôle des infections fasse partie du comité d'amélioration constante de la qualité du foyer de soins de longue durée.

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

Justification et résumé

Le procès-verbal de la réunion du comité d'amélioration constante de la qualité du foyer de soins de longue durée qui datait de trois mois avant l'inspection et le document sur la présence au conseil de la qualité énuméraient les participants. Les personnes mentionnées sur la liste des participants ne comprenaient pas le représentant désigné par le responsable de la prévention et du contrôle des infections du foyer.

L'administrateur a confirmé que le responsable de la prévention et du contrôle des infections ne participait pas aux réunions du comité d'amélioration constante de la qualité.

Si le responsable de la prévention et du contrôle des infections ne participe pas au comité d'amélioration de la qualité du foyer, ses avis et ses commentaires risquent de manquer dans le cadre des plans et des mesures d'amélioration de la qualité.

Sources : Entrevue avec l'administrateur, procès-verbal de la réunion du comité d'amélioration constante de la qualité du foyer de soins de longue durée, liste de présence au conseil de la qualité du foyer. [644]

AVIS ÉCRIT : Amélioration de la qualité (Quality Improvement)

Problème de conformité n° 002 – avis écrit remis conformément à la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 166 (2) 6 du Règl. de l'Ont. 246/22.

Comité d'amélioration constante de la qualité

Paragraphe 166 (2) : Le comité d'amélioration constante de la qualité se compose d'au moins les personnes suivantes :

6. Le fournisseur de services pharmaceutiques du foyer, ou s'il s'agit d'une personne morale, un pharmacien du fournisseur de services pharmaceutiques.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le fournisseur de services pharmaceutiques

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

fasse partie du comité d'amélioration constante de la qualité du foyer de soins de longue durée.

Justification et résumé

Le procès-verbal de la réunion du comité d'amélioration constante de la qualité du foyer de soins de longue durée qui datait de trois mois avant l'inspection et le document de présence au conseil de la qualité du foyer énuméraient les participants. Les personnes mentionnées sur la liste des participants ne comprenaient aucun représentant du fournisseur de services pharmaceutiques CareRx.

L'administrateur a confirmé que le pharmacien du fournisseur de services pharmaceutiques CareRx ne participait pas aux réunions du comité d'amélioration constante de la qualité.

Si le représentant du fournisseur de services pharmaceutiques ne participe pas au comité d'amélioration de la qualité du foyer, ses avis et ses commentaires risquent de manquer dans le cadre des plans et des mesures d'amélioration de la qualité.

Sources : Entrevue avec l'administrateur, procès-verbal de la réunion du comité d'amélioration constante de la qualité du foyer de soins de longue durée et liste de présence au conseil de la qualité du foyer. [644]

AVIS ÉCRIT : Amélioration de la qualité (Quality Improvement)

Problème de conformité n° 003 – avis écrit remis conformément à la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 166 (2) 7 du Règl. de l'Ont. 246/22.

Comité d'amélioration constante de la qualité

Paragraphe 166 (2) : Le comité d'amélioration constante de la qualité se compose d'au moins les personnes suivantes :

7. Au moins un employé du titulaire du permis qui est un membre du personnel infirmier permanent du foyer.

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa ON L1H 1A1

Téléphone : 844 231-5702

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un membre du personnel infirmier autorisé fasse partie du comité d'amélioration constante de la qualité du foyer de soins de longue durée.

Justification et résumé

Le procès-verbal de la réunion du comité d'amélioration constante de la qualité du foyer de soins de longue durée qui datait de trois mois avant l'inspection et le document de présence au conseil de la qualité du foyer énuméraient les participants. Les personnes mentionnées sur la liste des participants ne comprenaient aucun représentant du personnel infirmier autorisé du foyer.

L'administrateur a confirmé qu'aucun membre du personnel infirmier autorisé ne participait aux réunions du comité d'amélioration constante de la qualité.

Si aucun membre du personnel infirmier autorisé ne participe au comité d'amélioration de la qualité du foyer, ses avis et ses commentaires risquent de manquer dans le cadre des plans et des mesures d'amélioration de la qualité.

Sources : Entrevue avec l'administrateur, procès-verbal de la réunion du comité d'amélioration constante de la qualité du foyer de soins de longue durée et liste de présence au conseil de la qualité du foyer. [644]

AVIS ÉCRIT : Amélioration de la qualité (Quality Improvement)

Problème de conformité n° 004 – avis écrit remis conformément à la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 166 (2) 8 du Règl. de l'Ont. 246/22.

Comité d'amélioration constante de la qualité

Paragraphe 166 (2) : Le comité d'amélioration constante de la qualité se compose d'au moins les personnes suivantes :

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

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

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un préposé aux services de soutien personnel fasse partie du comité d'amélioration constante de la qualité du foyer de soins de longue durée.

Justification et résumé

Le procès-verbal de la réunion du comité d'amélioration constante de la qualité du foyer de soins de longue durée qui datait de trois mois avant l'inspection et le document de présence au conseil de la qualité du foyer énuméraient les participants. Les personnes mentionnées sur la liste des participants ne comprenaient aucun préposé aux services de soutien personnel.

L'administrateur a confirmé qu'aucun préposé aux services de soutien personnel ne participait aux réunions du comité d'amélioration constante de la qualité.

Si aucun préposé aux services de soutien personnel ne participe au comité d'amélioration de la qualité du foyer, ses avis et ses commentaires risquent de manquer dans le cadre des plans et des mesures d'amélioration de la qualité.

Sources : Entrevue avec l'administrateur, procès-verbal de la réunion du comité d'amélioration constante de la qualité du foyer de soins de longue durée et liste de présence au conseil de la qualité du foyer. [644]

AVIS ÉCRIT : Formation d'orientation (Orientation Training)

Problème de conformité n° 005 Avis écrit conformément à la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect du : paragraphe 261 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

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

Formation complémentaire – personnel chargé des soins directs

Paragraphe 261 (1) Pour l'application de la disposition 6 du paragraphe 82 (7) de la Loi, une formation est offerte à tout le personnel qui fournit des soins directs aux résidents à l'égard des autres domaines suivants :

1. La prévention et la gestion des chutes.
2. Les soins de la peau et des plaies.
3. La facilitation des selles et les soins de l'incontinence.
4. La gestion de la douleur, notamment le dépistage de symptômes spécifiques et non spécifiques.
5. Dans le cas du personnel qui applique des appareils mécaniques ou qui surveille des résidents maîtrisés par de tels appareils, l'application, l'utilisation et les dangers éventuels de ces appareils.
6. Dans le cas du personnel qui applique des appareils d'aide personnelle ou qui surveille des résidents qui utilisent de tels appareils, l'application, l'utilisation et les dangers éventuels de ces appareils.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que tout le personnel qui fournit des soins directs aux résidents se voie offrir une formation annuelle sur la prévention et le contrôle des infections, les mauvais traitements et la négligence, l'obligation de faire rapport, la protection des dénonciateurs, la prévention et gestion des chutes, les soins de la peau et des plaies et la gestion de la douleur.

Justification et résumé

Une communication électronique envoyée à l'inspecteur par le chef des services cliniques (Clinical Practice Leader) indiquait qu'en 2022, le système de formation en ligne Surge a été mis en place avec toute l'orientation et la formation de recyclage annuelle. Mais un manque de compréhension du système a entraîné l'élaboration de cette formation, qui n'a pas été reconduite l'année suivante. En conséquence, la plateforme n'a pas avisé le personnel que la formation annuelle devait être suivie, et la formation obligatoire n'a pas été enregistrée sur le portail Surge.

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 chef des services cliniques (Clinical Practice Leader) a confirmé que les membres du personnel n'avaient pas tous suivi la formation annuelle obligatoire en 2023 en raison d'un problème du système de formation en ligne du foyer de soins de longue durée.

Le directeur des soins a confirmé que la formation obligatoire était incomplète en 2023; les modules de 2022 n'ayant pas été reconduits en 2023 pour inciter le personnel à suivre tous les modules de formation, y compris la formation obligatoire sur la prévention et le contrôle des infections, la prévention des mauvais traitements et de la négligence, la protection des dénonciateurs, l'obligation de faire rapport, la gestion de la douleur, la prévention des chutes, les soins de la peau et des plaies et les droits des résidents.

L'absence de formation du personnel en soins directs sur la prévention et la gestion des chutes présentait un risque pour la sécurité et le bien-être des résidents.

Sources : Communication électronique et entrevue avec le chef des services cliniques (Clinical Practice Leader) et le directeur des soins. [742649]

ORDRE DE CONFORMITÉ ICO n° 001 Formation d'orientation (Orientation Training)

Problème de conformité n° 006 Ordre de conformité aux termes de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021).

Non-respect du : paragraphe 82 (2) de la LRSLD (2021)

Formation

Paragraphe 82 (2) Le titulaire de permis veille à ce qu'aucune personne visée au paragraphe (1) n'assume ses responsabilités avant d'avoir reçu une formation dans les domaines mentionnés ci-dessous :

1. La déclaration des droits des résidents.
2. L'énoncé de mission du foyer de soins de longue durée.
3. La politique du foyer de soins de longue durée 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

4. L'obligation de faire rapport prévue à l'article 28.
5. Les protections qu'offre l'article 30.
6. La politique du foyer de soins de longue durée visant à réduire au minimum l'utilisation de la contention sur les résidents.
7. La prévention des incendies et la sécurité.
8. Les mesures d'urgence et le plan d'évacuation.
9. La prévention et le contrôle des infections.
10. L'ensemble des lois, des règlements, des politiques du ministère et des documents semblables, y compris les politiques du titulaire de permis, qui se rapportent aux responsabilités de la personne.
11. Les autres domaines que prévoient les règlements.

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

- 1) Le chef des services cliniques (Clinical Practice Leader) doit élaborer une liste de contrôle de la trousse d'orientation qui doit comprendre la signature de l'employé avec les dates de toutes les formations obligatoires suivies.
- 2) Le chef des services cliniques (Clinical Practice Leader) doit s'assurer que l'infirmier auxiliaire autorisé n° 100 et le préposé aux services de soutien personnel n° 118 suivent toute la formation obligatoire comprise dans la liste de contrôle de la trousse d'orientation.
- 3) Le chef des services cliniques (Clinical Practice Leader) doit conserver un dossier documenté du contenu de la formation offerte à l'infirmier auxiliaire autorisé n° 100 et au préposé aux services de soutien personnel n° 118, y compris le nom de la personne qui a donné la formation et les dates de la formation et le mettre à la disposition des inspecteurs sur demande.
- 4) Le chef des services cliniques (Clinical Practice Leader) doit conduire des vérifications de toute la formation d'orientation du personnel donnée pendant une période donnée pour s'assurer que tout le personnel embauché récemment a suivi la formation obligatoire avant d'assumer ses responsabilités. Les résultats des vérifications doivent être analysés et des

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-Est33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa ON L1H 1A1

Téléphone : 844 231-5702

mesures correctives doivent être prises pour offrir une formation d'orientation au personnel dont la formation est incomplète. Le chef des services cliniques (Clinical Practice Leader) doit conserver un dossier des vérifications effectuées, y compris les dates de la vérification, la personne qui les a effectuées, l'analyse des vérifications et les mesures correctives prises. Les dossiers doivent être mis à la disposition des inspecteurs sur demande.

5) Le chef des services cliniques (Clinical Practice Leader) doit s'assurer que la plateforme Surge et une méthode de suivi ont été mises au point pour l'année en cours pour s'assurer que tout le personnel est avisé qu'il doit suivre toute la formation obligatoire tous les ans.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'aucune personne n'assume ses responsabilités avant d'avoir reçu une formation dans les domaines mentionnés ci-dessous :

1. La déclaration des droits des résidents.
2. L'énoncé de mission du foyer de soins de longue durée.
3. La politique du foyer de soins de longue durée visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents.
4. L'obligation de faire rapport prévue à l'article 28.
5. Les protections qu'offre l'article 30.
6. La politique du foyer de soins de longue durée visant à réduire au minimum l'utilisation de la contention sur les résidents.
7. La prévention des incendies et la sécurité.
8. Les mesures d'urgence et le plan d'évacuation.
9. La prévention et le contrôle des infections.
10. L'ensemble des lois, des règlements, des politiques du ministère et des documents semblables, y compris les politiques du titulaire de permis, qui se rapportent aux responsabilités de la personne.
11. Les autres domaines que prévoient les règlements.

Justification et résumé

Au cours de l'inspection, le foyer de soins de longue durée n'a pas fourni les documents qui prouvent que l'infirmier auxiliaire autorisé n° 100 et le préposé aux services de soutien

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

personnel n° 118 ont suivi la formation d'orientation sur la déclaration des droits des résidents, la politique visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents, l'obligation de faire rapport, la protection des dénonciateurs et la prévention et le contrôle des infections.

Le chef des services cliniques (Clinical Practice Leader) a confirmé qu'aucun document n'indiquait que l'infirmier auxiliaire autorisé n° 100 et le préposé aux services de soutien personnel n° 118 ont suivi la formation d'orientation sur la déclaration des droits des résidents, la politique visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents, l'obligation de faire rapport, la protection des dénonciateurs et la prévention et le contrôle des infections.

L'absence d'orientation et de formation du personnel en soins directs sur les exigences obligatoires énumérées ci-dessus présentait un risque pour la sécurité et le bien-être des résidents.

Sources : Communication électronique avec le foyer et entrevue avec le chef des services cliniques (Clinical Practice Leader). [742649]

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le : 13 juin 2024

ORDRE DE CONFORMITÉ ICO n° 002 Programme de prévention et de contrôle des infections

Problème de conformité n° 007 Ordre de conformité aux termes de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021).

Non-respect du : paragraphe 102 (10) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programme de prévention et de contrôle des infections

Paragraphe 102 (10) Le titulaire de permis veille à ce que les renseignements recueillis en application du paragraphe (9) soient, d'une part, analysés chaque jour pour détecter la présence d'infections et, d'autre part, examinés au moins une fois par mois afin de déceler

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 tendances dans le but de réduire le nombre de cas d'infection et les épidémies. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 102 (10)).

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

- 1) Le responsable de la prévention et du contrôle des infections doit élaborer et mettre en œuvre un outil de suivi de la surveillance quotidienne du contrôle des infections qui doit être utilisé dans toutes les sections du foyer accessibles aux résidents.
- 2) Le responsable de la prévention et du contrôle des infections doit former tous les membres du personnel autorisés à l'outil de suivi de la surveillance du contrôle des infections.
- 3) Conserver un dossier documenté du contenu de la formation offerte au personnel, y compris la personne qui a donné la formation, les participants et la date de la formation.
- 4) Le responsable de la prévention et du contrôle des infections, le directeur des soins ou un gestionnaire des soins aux résidents doit effectuer des vérifications une fois par semaine sur l'outil de suivi de la surveillance du contrôle des infections pendant deux mois dans toutes les sections du foyer accessibles aux résidents pour s'assurer de son respect par les membres du personnel autorisés.
- 5) Le responsable de la prévention et du contrôle des infections, le directeur des soins ou un gestionnaire des soins aux résidents analyse et surveille les infections dans le foyer quotidiennement et mensuellement pendant deux mois pour déterminer les tendances. Documenter toutes les analyses, les tendances, les mesures correctives prises, ainsi que les dates et le nom de la personne qui fait l'analyse. Conserver cette documentation sur place et facilement accessible.
- 6) L'administrateur examine et approuve la documentation de l'analyse au minimum une fois par semaine pendant deux mois.
- 7) Conserver un dossier des vérifications effectuées dans toutes les sections du foyer accessibles aux résidents, y compris la date de la vérification, la section du foyer accessible aux résidents et la personne qui a mené la vérification, les mesures correctives prises, et le mettre à la disposition des inspecteurs 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 les renseignements recueillis en application du paragraphe (9) soient analysés chaque jour pour détecter la présence d'infections et soient examinés au moins une fois par mois afin de déceler les tendances dans le but de réduire le nombre de cas d'infection et les épidémies.

Justification et résumé

Au cours de l'inspection, le foyer de soins de longue durée n'a pas été en mesure de fournir de documents qui prouvent le suivi et l'analyse quotidienne et mensuelle par le foyer des symptômes liés aux infections pour déceler les tendances et réduire le nombre de cas d'infection.

Le responsable de la prévention et du contrôle des infections et le directeur des soins ont confirmé que le foyer ne documentait pas les données de surveillance quotidiennes et mensuelles dans le but déterminer les analyses des tendances.

Ne pas s'assurer que les symptômes indiquant la présence d'infections chez les résidents sont analysés quotidiennement et mensuellement augmente le risque de propagation des infections.

Sources : Les documents fournis par le foyer et une entrevue avec le responsable de la prévention et du contrôle des infections et le directeur des soins. [742649]

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le : 31 juillet 2024

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*

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 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 :

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 ON 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

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

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;

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 ON 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 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

Ministère des Soins de longue durée

438, avenue University, 8^e étage

Toronto ON 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.