

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives
aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers London (Ontario) N6A 5R2
de soins de longue durée

District de London
130, avenue Dufferin, 4^e étage
Téléphone : 800 663-3775

Rapport public initial

Date d'émission du rapport : 10 septembre 2024

Numéro d'inspection : 2024-1087-0003

Type d'inspection :

Incident critique
Suivi

Titulaire de permis : 2063414 Ontario Limited en tant qu'associé commandité de
2063414 Investment LP

Foyer de soins de longue durée et ville : Fox Ridge Community, Brantford

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 21, 22, 23, et 26 août 2024.

Les inspections concernaient :

- Plainte : n° 00117225 / rapport du système d'incidents critiques n° 2570-000016-24 relativement à la prévention et à la gestion des chutes
- Plainte : n° 00119098 / suivi n° 1 de l'ordre de conformité n° 001 découlant de l'inspection n° 2024_1087_0002, aux termes de la disposition 24 (1), Obligation de protéger, de la LRSLD (2021), avec une date limite pour se conformer (DLC) fixée au 1^{er} août 2024.
- Plainte : n° 00119099 / suivi n° 1 de l'ordre de conformité n° 002 de l'inspection n° 2024_1087_0002, aux termes de la disposition 53 (1) 2., soins de la peau et des plaies, du Règl. de l'Ont. 246/22, avec une DLC fixée au 26 juillet 2024.

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives
aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers London (Ontario) N6A 5R2
de soins de longue durée

District de London
130, avenue Dufferin, 4^e étage
Téléphone : 800 663-3775

- Plainte : n° 00119100 / suivi n° 1 de l'ordre de conformité n° 004 de l'inspection n° 2024_1087_0002, aux termes de la disposition 54 (1), prévention et gestion des chutes, du Règl. de l'Ont. 246/22, avec une DLC fixée au 26 juillet 2024.
- Plainte : n° 00119101 / suivi n° 1 de l'ordre de conformité n° 003 de l'inspection n° 2024_1087_0002, aux termes de la disposition 55 (1) 3., soins de la peau et des plaies, du Règl. de l'Ont. 246/22, avec une DLC fixée au 26 juillet 2024.

Ordres de conformité délivrés antérieurement

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

Ordre n° 001 de l'inspection n° 2024-1087-0002 relativement à la disposition 24 (1) de la LRSLD (2021), réalisée par Julie Lampman (522)

Ordre n° 002 de l'inspection n° 2024-1087-0002 relativement à la disposition 55 (1) 2., réalisée par Julie Lampman (522)

Ordre n° 003 de l'inspection n° 2024-1087-0002 relativement à la disposition 55 (1) 3. du Règl. de l'Ont. 246/22, réalisée par Julie Lampman (522)

L'inspection n'a **PAS** permis d'établir la conformité à l'ordre ou aux ordres de conformité suivants délivrés antérieurement :

Ordre n° 004 de l'inspection n° 2024-1087-0002 relativement à la disposition 54 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22, réalisée par Julie Lampman (522)

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

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives
aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers London (Ontario) N6A 5R2
de soins de longue durée

District de London
130, avenue Dufferin, 4^e étage
Téléphone : 800 663-3775

Prévention et prise en charge des lésions épidermiques et des plaies (Skin and Wound Prevention and Management)
Prévention et contrôle des infections (Infection Prevention and Control)
Foyer sûr et sécuritaire (Safe and Secure Home)
Prévention et gestion des chutes (Falls Prevention and Management)

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

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

Non-respect de la disposition : 6 (7) de la LRSLD (2021).

Programme de soins

par. 6 (7) Le titulaire de permis veille à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis au résident, tel que le précise le programme.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les soins prévus dans le programme de soins d'une personne résidente lui soient fournis, tel que le précise le programme.

Justification et résumé

A) Un rapport du système d'incident critique a été soumis au directeur relativement à une chute que la personne résidente a faite.

Le programme de soins de la personne résidente indiquait qu'elle avait besoin d'une

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives
aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers London (Ontario) N6A 5R2
de soins de longue durée

District de London
130, avenue Dufferin, 4^e étage
Téléphone : 800 663-3775

intervention précise pour la prévention des chutes.

La directrice des soins infirmiers (DSI) a affirmé que l'intervention en question n'était pas en place pour la personne résidente lorsqu'elle est tombée, ce qui a été identifié comme étant un facteur contributif potentiel de la chute.

B) Le programme de soins de la personne résidente indiquait qu'elle avait d'une autre intervention de prévention des chutes en place.
Pendant l'inspection, l'inspecteur a observé que l'intervention de prévention des chutes n'était pas en place pour la personne résidente.

Le directeur adjoint des soins infirmiers (DASI) n° 102 a affirmé que la personne résidente aurait dû avoir l'intervention de prévention des chutes en place.

Il y avait un risque de chute et de blessure lorsque la personne résidente n'avait pas les interventions contre les chutes en place.

Sources : Observations de la personne résidente; examen des dossiers cliniques de la personne résidente; et entretiens avec le DASI n°102 et la DSI.

AVIS ÉCRIT : Conditions du permis

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

Non-respect de la disposition : 104 (4) de la LRSLD (2021).

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives
aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers London (Ontario) N6A 5R2
de soins de longue durée

District de London
130, avenue Dufferin, 4^e étage
Téléphone : 800 663-3775

Conditions du permis

par. 104(4) Le titulaire de permis se conforme aux conditions dont est assorti le permis.

Le titulaire de permis a omis de se conformer aux conditions auxquelles il est assujéti relativement à l'ordre de conformité n° 004 de l'inspection n° 2024_1087_0002 aux termes de la disposition 54 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22, relativement aux routines en cas de traumatisme crânien (HIR) avec une date limite pour se conformer (DLC) fixée au 26 juillet 2024.

Justification et résumé

L'ordre de conformité n° 004 de l'inspection n° 2024_1087_0002 indiquait que le titulaire de permis devait effectuer des audits quotidiens pour veiller à ce que les formulaires de HIR soient remplis et consignés avec exactitude pour les personnes résidentes qui répondent aux critères de surveillance de la HIR. Le titulaire de permis devait tenir un registre écrit des dates et heures des audits, des noms des personnes qui ont effectué les audits, du résultat des audits et de toute mesure corrective prise en raison des audits jusqu'à ce que l'ordre soit respecté.

Le formulaire de surveillance de la HIR indiquait que le personnel devait entreprendre une HIR pour toutes les chutes sans témoin ainsi que celles avec témoin ayant entraîné un possible traumatisme crânien. Le personnel devait surveiller et consigner le pouls, la respiration, la pression sanguine, la réaction de la pupille, le degré de conscience, les mouvements des membres ou les mouvements corporels involontaires, les indices de nausée, les vomissements, les maux de tête, le changement d'état mental immédiatement au moment de la lésion et selon l'horaire :

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives
aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers London (Ontario) N6A 5R2
de soins de longue durée

District de London
130, avenue Dufferin, 4^e étage
Téléphone : 800 663-3775

- chaque (q) 30 minutes x 1 heure;
- q 1 heure x 4 heures;
- q 8 heures x 56 heures ou jusqu'à ce que le médecin indique de cesser la surveillance.

A) Une personne résidente a fait une chute sans témoin. Aucune date n'était inscrite dans le formulaire de HIR de la personne résidente. La HIR a été amorcée 30 minutes après la chute, pas immédiatement. La vérification de 30 minutes suivante a été effectuée 1,5 heure plus tard. Après la dernière vérification d'une heure, la première vérification de 8 heures n'a eu lieu que 20,25 heures plus tard.

L'audit de la HIR pour la chute de la personne résidente n'indiquait pas que la HIR avait été amorcée 30 minutes après la chute de la personne résidente, que la HIR n'avait pas été effectuée dans les délais requis et qu'il manquait des dates dans le formulaire de HIR.

B) La personne résidente a fait une autre chute sans témoin. La HIR a été amorcée 30 minutes après la chute, pas immédiatement. Après la dernière vérification d'une heure, la première vérification de 8 heures n'a eu lieu que 8,75 heures plus tard.

Une vérification de 8 heures a été effectuée sans date indiquée, la vérification de 8 heures suivante a été effectuée 10,5 heures plus tard. La dernière vérification de 8 heures ne comprenait pas la date et l'heure à laquelle elle a été effectuée.

L'audit de la HIR pour la chute de la personne résidente n'indiquait pas que la HIR avait été amorcée 30 minutes après la chute de la personne résidente, que la HIR n'avait pas été effectuée dans les délais requis et qu'il manquait la date et l'heure pour la dernière vérification de 8 heures.

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives
aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers London (Ontario) N6A 5R2
de soins de longue durée

District de London
130, avenue Dufferin, 4^e étage
Téléphone : 800 663-3775

Une infirmière autorisée (IA) a affirmé avoir effectué l'audit de la HIR pour la dernière chute qu'a fait la personne résidente. L'IA a déclaré avoir parlé avec le personnel pour avoir amorcé la HIR tard, mais ne l'a pas inscrit dans l'audit, parce qu'il n'y a pas de colonne permettant de le faire. L'IA a affirmé avoir pensé que si la HIR avait été réalisée pendant le quart de travail de 8 heures, alors cela respectait les exigences de l'audit. L'IA ne s'est pas rendu compte que la HIR n'a pas été réalisée toutes les huit heures.

Le directeur adjoint des soins infirmiers (DASI) n° 102 a affirmé qu'un audit devait être effectué pour toute personne résidente faisant une chute sans témoin, pour s'assurer que toutes les sections du formulaire de HIR soient remplies pour les trois jours.

La directrice des soins infirmiers (DSI) a affirmé que la HIR devrait être amorcée immédiatement après la chute et effectuée dans selon les intervalles précisés dans le formulaire de HIR.

La DSI a reconnu que les audits de la HIR ne reflétaient pas les erreurs concernant les intervalles. La DSI a reconnu que les audits de la HIR ne vérifiaient pas l'exactitude, comme l'exige l'ordre de conformité n° 004.

La DSI a affirmé que le personnel s'était concentré à veiller à ce que tous les volets de la HIR soient effectués et que le fait de vérifier si la HIR était réellement effectuée selon les intervalles requis a été raté.

Les audits de la HIR ne reflétaient pas une HIR effectuée selon les intervalles requis et amorcée immédiatement; par conséquent, les vérificateurs ont raté le fait que le personnel effectuait la HIR pour les personnes résidentes de manière inexacte. Cela a placé la personne résidente ainsi que d'autres personnes résidentes à risque,

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives
aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers London (Ontario) N6A 5R2
de soins de longue durée

District de London
130, avenue Dufferin, 4^e étage
Téléphone : 800 663-3775

puisqu'il y avait un retard dans la détection de possibles signes et symptômes de traumatisme crânien.

Sources : Examen des HIR de la personne résidente, audits du foyer sur les HIR, formulaire de surveillance de la HIR du foyer; et entretiens avec une IA, le DASI n° 102 et la DSI.

Un avis de pénalité administrative est délivré dans le cadre du présent avis écrit d'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 AMP n° 001

Relativement à l'avis écrit pour le problème de conformité n° 002

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 1 100,00 \$, à verser dans les 30 jours suivant la date de la facture.

Conformément aux paragraphes 349(6) et 7) du Règlement de l'Ontario 246/22, la pénalité administrative est infligée pour les raisons suivantes :

Le titulaire de permis n'a pas respecté un ordre en vertu de l'article 155 de la Loi.

Historique de la conformité : Il n'existe pas d'historique de conformité relativement à la disposition 104 (4) de la LRSLD (2021).

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives
aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers London (Ontario) N6A 5R2
de soins de longue durée

District de London
130, avenue Dufferin, 4^e étage
Téléphone : 800 663-3775

Il s'agit de la première fois qu'un APA est délivré au titulaire de permis en raison du 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 de 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 n° 001 Température ambiante

Problème de conformité n° 003 Ordre de conformité aux termes de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021).

Non-respect de la disposition : 24 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Température ambiante

par. 24 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que la température ambiante du foyer soit maintenue à au moins 22 degrés Celsius.

L'inspecteur ordonne au titulaire de permis de respecter un ordre de conformité [al. 155(1)a) de la LRSLD (2021)] :

Le titulaire de permis doit s'assurer que :

A) Des vérifications quotidiennes sont effectuées afin de veiller à ce que la température ambiante du foyer soit maintenue à au moins 22 degrés Celsius dans toutes les aires du foyer suivantes : une aire commune et trois chambres de personnes résidentes, en veillant à

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives
aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers London (Ontario) N6A 5R2
de soins de longue durée

District de London
130, avenue Dufferin, 4^e étage
Téléphone : 800 663-3775

ce que des chambres différentes soient choisies pour chaque vérification.

B) Les vérifications sont consignées et indiquent la date, l'aire du foyer, si des préoccupations ont été relevées, et si toute mesure de suivi est requise.

Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la température du foyer soit maintenue à une température minimale d'au moins 22 degrés Celsius (C).

Justification et résumé

Pendant l'inspection, une personne résidente a affirmé à un inspecteur qu'elle avait froid. Le membre du personnel de l'entretien (PE) n° 107 a effectué une vérification de la température dans la chambre de la personne résidente avec l'inspecteur. La température ambiante dans la chambre a été relevée à 22,7 °C à ce moment-là.

L'examen des fiches dans le journal des températures quotidiennes pour une période de 18 jours indiquait que plusieurs aires communes et chambres de personnes résidentes dans différentes parties du foyer étaient à moins de 22 degrés Celsius.

La directrice générale (DG) a admis que les températures ambiantes dans ces aires du foyer étaient inférieures à 22 °C.

Il y avait un risque que les personnes résidentes ne soient pas à l'aise lorsque les températures ambiantes dans le foyer étaient inférieures à 22 degrés Celsius.

Sources : Observations dans le foyer; examen des fiches du journal des températures quotidiennes; et entretiens avec une personne résidente, le personnel et la direction.

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives
aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers London (Ontario) N6A 5R2
de soins de longue durée

District de London
130, avenue Dufferin, 4^e étage
Téléphone : 800 663-3775

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 27 septembre 2024.

ORDRE DE CONFORMITÉ N° 002 Programmes obligatoires

Problème de conformité n°004 – ordre de conformité aux termes de la disposition 154 (1) 2. de la LRSLD (2021).

Non-respect de la disposition : 53(1)1 du Règl. de l'Ont. 246/22.

Programmes obligatoires

par. 53(1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soient élaborés et mis en œuvre au foyer les programmes interdisciplinaires suivants :

1. Un programme de prévention et de gestion des chutes visant à diminuer le nombre de chutes et les risques de blessure.

L'inspecteur ordonne au titulaire de permis de respecter un ordre de conformité [al. 155(1)a) de la LRSLD (2021)] :

Le titulaire de permis doit :

A) Éduquer de nouveau tout le personnel infirmier d'une aire du foyer déterminée sur les exigences pour remplir et documenter les vérifications de routine en cas de traumatisme crânien (HIR). Tenir un registre écrit de la formation dispensée, des membres du personnel qui ont terminé la formation, des dates et heures où la formation a eu lieu et des noms des personnes qui ont dispensé la formation.

B) Effectuer des audits quotidiens pour une personne résidente en particulier pour s'assurer que les formulaires sur les HIR sont dûment remplis et documentés pour les personnes

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives
aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers London (Ontario) N6A 5R2
de soins de longue durée

District de London
130, avenue Dufferin, 4^e étage
Téléphone : 800 663-3775

résidentes qui répondent aux critères de surveillance suivant un traumatisme crânien. Tenir un registre écrit des dates et heures des audits, des noms des personnes qui ont effectué les audits, du résultat des audits et de toute mesure corrective prise en raison des audits jusqu'à ce que l'ordre soit respecté.

Motifs

Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la politique du foyer en matière de prévention et de gestion des chutes liée au protocole de gestion des traumatismes crâniens d'une personne résidente.

Justification et résumé

Conformément à la disposition 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis devait veiller à ce que des politiques et des protocoles écrits soient élaborés pour le système de prévention et de gestion des chutes et s'assurer qu'ils soient respectés.

Plus précisément, le personnel autorisé n'a pas respecté la politique sur la routine en cas de traumatisme crânien (HIR) du titulaire de permis dans le cadre de l'évaluation postérieure à une chute.

En particulier, le personnel n'a pas respecté la politique du titulaire de permis sur la routine en cas de traumatisme crânien n° VII-G-30.20, dernière révision en mars 2024, qui faisait partie du programme de prévention et de gestion des chutes du titulaire de permis, qui indiquait qu'une routine en cas de traumatisme crânien doit être amorcée lorsqu'une personne résidente subit une blessure à la tête, présente une blessure à la tête soupçonnée ou fait une chute sans témoin.

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives
aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers London (Ontario) N6A 5R2
de soins de longue durée

District de London
130, avenue Dufferin, 4^e étage
Téléphone : 800 663-3775

Le formulaire de surveillance de la HIR indiquait que le personnel devait entreprendre une HIR pour toutes les chutes sans témoin ainsi que celles avec témoin ayant entraîné un possible traumatisme crânien. Le personnel devait surveiller et consigner le pouls, la respiration, la pression sanguine, la réaction de la pupille, le degré de conscience, les mouvements des membres ou les mouvements corporels involontaires, les indices de nausée, les vomissements, les maux de tête, le changement d'état mental immédiatement au moment de la lésion et selon l'horaire :

- chaque (q) 30 minutes x 1 heure
- q 1 heure x 4 heures
- q 8 heures x 56 heures ou jusqu'à ce que le médecin indique de cesser la surveillance.

L'examen des HIR pour une personne résidente dans le dossier papier de cette personne relevait ce qui suit :

1) Une HIR a été amorcée pour une chute sans témoin. Une HIR devait être effectuée à un moment précis et la mention « sleeping » (en train de dormir) a plutôt été consignée pour l'échelle de coma – yeux ouverts, meilleure réponse verbale, meilleure réponse motrice, pupilles, mouvements des membres et pression sanguine.

2) Une HIR a été amorcée pour une chute sans témoin. La consignation de la date et de l'heure pour trois vérifications n'a pas été remplie comme requis.

Une HIR n'a pas été effectuée à une heure déterminée. La consignation pour cet intervalle de temps indiquait qu'une HIR avait été réamorcée pour une chute qui s'est produite 1,25 heure après le moment où la HIR aurait dû être effectuée.

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives

aux soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers London (Ontario) N6A 5R2

de soins de longue durée

District de London

130, avenue Dufferin, 4^e étage

Téléphone : 800 663-3775

3) Une HIR a été amorcée pour une chute sans témoin. La date et l'heure des vérifications de HIR n'étaient pas consignées à cinq reprises. Une des vérifications de 8 heures n'a été effectuée que 2,25 heures plus tard.

4) Une HIR a été amorcée pour une chute sans témoin. Aucune date n'était inscrite, l'heure était illisible pour une vérification d'une heure et la première vérification de 8 heures a été effectuée quatre heures en retard, les autres vérifications de HIR ont donc été effectuées à des heures incorrectes.

5) Une HIR a été amorcée pour une chute sans témoin. Aucune date n'était inscrite dans le formulaire de HIR de la personne résidente. La HIR a été amorcée 30 minutes après la chute, pas immédiatement. La vérification de 30 minutes suivante a été effectuée 1,5 heure plus tard. Après la dernière vérification d'une heure, la première vérification de 8 heures n'a eu lieu que 20,25 heures plus tard.

6) Une HIR a été amorcée pour une chute sans témoin. La HIR a été amorcée 30 minutes après la chute, pas immédiatement. Après la dernière vérification d'une heure, la première vérification de 8 heures n'a eu lieu que 8,75 heures plus tard.

Une vérification de 8 heures a été effectuée sans date indiquée, la vérification de 8 heures suivante a été effectuée 10,5 heures plus tard. La dernière vérification de 8 heures ne comprenait pas la date et l'heure à laquelle elle a été effectuée.

La directrice des soins infirmiers (DSI) a admis que la HIR n'avait pas été effectuée en entier aux intervalles requis, conformément à la politique du foyer sur les traumatismes crâniens

Il y avait un risque pour la personne résidente lorsqu'elle n'a pas été évaluée sur le plan neurologique concernant des changements de son degré de conscience ou de réactivité pour plusieurs des heures requises.

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives

aux soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers London (Ontario) N6A 5R2

de soins de longue durée

District de London

130, avenue Dufferin, 4^e étage

Téléphone : 800 663-3775

Sources : Examen des dossiers cliniques de la personne résidente, politique sur la routine en cas de traumatisme crânien n° VII-G-30.20, dernière révision en mars 2024; et entretien avec la DSI.

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

27 septembre 2024

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives
aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers London (Ontario) N6A 5R2
de soins de longue durée

District de London
130, avenue Dufferin, 4^e étage
Téléphone : 800 663-3775

INFORMATIONS POUR UNE RÉVISION/UN 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 commercial 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 London (Ontario) N6A 5R2
de soins de longue durée

District de London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
Téléphone : 800 663-3775

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

Si la signification se fait :

- a) par courrier recommandé, elle est réputée être faite le cinquième jour qui suit le jour de l'envoi;
- b) par courriel, elle est réputée être faite le lendemain, si le document a été signifié après 16 heures;
- c) par messagerie commerciale, elle est réputée être faite le deuxième jour ouvrable après le jour où la messagerie commerciale reçoit le document.

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 réexamen présentée par le titulaire de permis, le ou les présents ordres et le présent avis de pénalité administrative sont réputés confirmés par le directeur et, aux fins d'un appel interjeté devant la CARSS, le directeur est réputé avoir signifié au titulaire de permis une copie de ladite décision à l'expiration du délai 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 :

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives
aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers London (Ontario) N6A 5R2
de soins de longue durée

District de London
130, avenue Dufferin, 4^e étage
Téléphone : 800 663-3775

- 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 (par. 155) ou l'APA (par. 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 suivants 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 la 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

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives
aux soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers London (Ontario) N6A 5R2
de soins de longue durée

District de London

130, avenue Dufferin, 4^e étage

Téléphone : 800 663-3775

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.