

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District de Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

## Rapport public initial

<b>Date d'émission du rapport :</b> 30 mai 2024	
<b>Numéro d'inspection :</b> 2024-1067-0002	
<b>Type d'inspection :</b> Incident critique	
<b>Titulaire de permis :</b> Revera Long Term Care Inc.	
<b>Foyer de soins de longue durée et ville :</b> Garden City Manor, St Catharines	
<b>Inspectrice principale / Inspecteur principal</b> Jonathan Conti (740882)	<b>Signature numérique de l'inspectrice / de l'inspecteur</b>
<b>Autres inspectrices / Autres inspecteurs</b>	

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 13 au 16, du 21 au 24, et le 27 mai 2024.

L'inspection faisant suite à un incident critique (IC) concernait :

- Demande n° 00105911 [IC n° 2364-000001-24] – liée à la prévention des mauvais traitements et de la négligence.
- Demande n° 00108136 [IC n° 2364-000005-24] – liée à la prévention des mauvais traitements et de la négligence.
- Demande n° 00110368 [IC n° 2364-000010-24] – liée à la 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 de Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

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

### Problème de conformité corrigé

Un **problème de conformité** a été constaté lors de cette inspection et a été **corrigé** par le titulaire de permis avant la fin de l'inspection. L'inspectrice ou l'inspecteur a estimé que la non-conformité répondait à l'intention du paragraphe 154 (2) et ne nécessitait pas d'action supplémentaire.

Problème de conformité n° 001 Corrigé en vertu du paragraphe 154 (2) de la *LRSLD* (2021).

#### **Non-respect : de l'alinéa 6 (10) c) de la *LRSLD* (2021)**

Programme de soins

Paragraphe 6 (10) Le titulaire de permis veille à ce que le résident fasse l'objet d'une réévaluation et à ce que son programme de soins soit réexaminé et révisé tous les six mois au moins et à tout autre moment lorsque, selon le cas :

c) les soins prévus dans le programme se sont révélés inefficaces.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente fasse l'objet d'une réévaluation et à ce que son programme de soins soit réexaminé lorsque les soins prévus dans son programme se sont révélés inefficaces.

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District de Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

**Justification et résumé**

Une personne résidente s'est blessée à la suite d'une chute. Par conséquent, des directives de soins ont été mises en place pour réduire le risque de blessures attribuables à des chutes de la personne résidente, comme le recommandaient le médecin et la clinique de fracture.

À une date donnée, on a constaté que les directives de soins établies pour la personne résidente n'étaient pas respectées. Le personnel a confirmé que les directives de soins établies n'étaient pas en place en raison d'un refus de la part de la personne résidente. Le personnel a tenté de donner à la personne résidente les soins dont elle avait besoin en fonction de ce qui avait été établi, mais cette dernière a de nouveau refusé.

Le personnel infirmier autorisé a confirmé que le refus des directives de soins établies constituait un problème récurrent chez cette personne résidente et que son programme de soins aurait dû être mis à jour pour l'indiquer. Le programme de soins a ensuite été réexaminé par le personnel infirmier autorisé après une évaluation de la personne résidente. Il a été revu pour indiquer que les directives de soins établies devaient être appliquées en fonction de la tolérance de la personne résidente.

Le directeur des soins a confirmé que l'intervention auprès de la personne résidente n'avait pas été modifiée dans le programme de soins jusqu'à ce que l'inspecteur ou l'inspectrice soulève la question. Le directeur des soins a reconnu que l'on savait que les directives de soins établies au départ n'étaient pas efficaces et qu'elles auraient dû être mises à jour au préalable. Le programme de soins a été mis à jour en conséquence et une surveillance a été mise en place pour le recours à l'intervention établie.

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District de Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

**Sources :** Entretien avec le personnel, observations à une date donnée en 2024, dossier de santé clinique et programme de soins de la personne résidente. [740882]

Date de mise en œuvre de la mesure corrective : 15 mai 2024

### **AVIS ÉCRIT : Comportements réactifs**

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 58 (4) b) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Comportements réactifs

Paragraphe 58 (4) Le titulaire de permis veille à ce qui suit pour chaque résident qui affiche des comportements réactifs :

b) des stratégies sont élaborées et mises en œuvre pour réagir à ces comportements, dans la mesure du possible;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à mettre en œuvre des stratégies visant à atténuer les comportements réactifs de la personne résidente n° 001 et à y réagir.

### **Justification et résumé**

Une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) d'agence était chargée de la surveillance individualisée de la personne résidente n° 001, en raison des antécédents de comportements réactifs d'ordre physique et d'ordre verbal de cette dernière à l'égard du personnel et des autres personnes résidentes. La personne résidente n° 001 était avec le membre du personnel qui était chargé de la surveiller, dans un lieu donné et à une date donnée. Elle s'est éloignée du lieu donné pour se rendre à un autre endroit sans le membre du personnel chargé de la

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District de Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

surveiller. La personne résidente n° 002 se trouvait à ce moment-là dans cet autre endroit avec une autre personne résidente et le membre du personnel chargé de la surveillance individualisée de cette autre personne résidente.

À un certain moment, la personne résidente n° 001 a eu un comportement inapproprié à l'égard de la personne résidente n° 002, ce qui a entraîné des blessures physiques chez cette dernière. On a séparé les deux personnes résidentes, puis un membre du personnel infirmier autorisé les a évaluées.

Conformément à la marche à suivre du foyer concernant la surveillance individualisée des comportements réactifs, datée du 30 avril 2023, la surveillance individualisée d'une personne résidente est mise en œuvre lorsqu'un risque d'incident se matérialise. Les membres du personnel chargés d'une surveillance individualisée ne doivent pas quitter leur poste et ils doivent rester avec la personne résidente qui leur a été confiée.

Il y avait un risque que la personne résidente n° 001 manifeste des comportements réactifs d'ordre physique si la PSSP chargée de sa surveillance individualisée n'était pas près d'elle et ne la surveillait pas.

**Sources :** Entretiens avec l'infirmière autorisée (IA) et le directeur des soins, dossiers de santé cliniques dont le programme de soins et les notes d'évolution, fiche Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario – Système d'observation de la démence (BSO-DOS), marche à suivre du foyer concernant la surveillance individualisée des comportements réactifs (datée du 30 avril 2023). [740882]

**AVIS ÉCRIT : Comportements et altercations**

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District de Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

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

**Non-respect : de l'alinéa 60 a) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Comportements et altercations

Article 60. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

a) des marches à suivre et des mesures d'intervention sont élaborées et mises en œuvre pour aider les résidents et les membres du personnel qui risquent de subir ou qui subissent un préjudice en raison des comportements d'un résident, notamment de ses comportements réactifs, et pour réduire au minimum les risques d'altercations et d'interactions susceptibles de causer un préjudice entre et parmi les résidents;

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les marches à suivre et les mesures d'intervention élaborées soient mises en œuvre pour aider les personnes résidentes et les membres du personnel qui risquaient de subir un préjudice en raison des comportements d'une personne résidente.

**Justification et résumé**

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis devait élaborer et mettre en œuvre des marches à suivre et des mesures d'intervention pour aider les personnes résidentes et les membres du personnel qui risquaient de subir un préjudice en raison des comportements d'une personne résidente, notamment de ses comportements réactifs, pour réduire au minimum les risques d'altercations et d'interactions susceptibles de causer un préjudice entre et parmi les personnes résidentes, et s'assurer que la marche à suivre était respectée.

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District de Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

Le titulaire de permis n'a pas mis en œuvre sa marche à suivre concernant les comportements réactifs, qui prévoit que le personnel doit procéder à une évaluation préétablie des comportements observés et mettre en place des outils de surveillance et de suivi.

À une date donnée en janvier 2024, la personne résidente n° 005 a eu des comportements réactifs d'ordre physique envers un membre du personnel qui tentait de l'éloigner d'une autre personne résidente. Le membre du personnel a ensuite procédé à une évaluation préétablie, qui a permis de déterminer qu'il s'agissait d'un nouveau comportement d'ordre physique. Cependant, il n'a pas mis en place les outils de surveillance ou de suivi exigés par les marches à suivre du foyer.

À une date donnée en février 2024, la personne résidente n° 005 a eu des comportements réactifs d'ordre physique qui ont causé une blessure à la personne résidente n° 004 et qui ont nécessité la mise en place d'une surveillance individualisée ainsi que l'utilisation d'une fiche BSO-DOS.

Le membre du personnel a confirmé qu'une fiche BSO-DOS serait créée en cas de nouveau comportement afin de déterminer les besoins supplémentaires de la personne résidente et que la mise en place d'une surveillance individualisée serait envisagée en cas de problèmes persistants ou de risque important pour la sécurité de la personne résidente. L'IA n° 108 a reconnu qu'une fiche BSO-DOS aurait pu être créée en janvier 2024 pour la personne résidente n° 005 afin d'assurer un suivi de ses comportements et de décider des nouvelles interventions.

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District de Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

Le directeur des soins a reconnu que les marches à suivre écrites n'avaient pas été mises en œuvre à la date indiquée en janvier 2024 pour les nouveaux comportements réactifs d'ordre physique de la personne résidente n° 005.

Le fait que le foyer n'ait pas veillé à mettre en œuvre sa marche à suivre concernant la surveillance individualisée ni son outil de surveillance des comportements pour les nouveaux comportements réactifs d'ordre physique de la personne résidente n° 005 à une date donnée en janvier 2024 pourrait avoir donné lieu à une évaluation incomplète des comportements réactifs de la personne résidente et avoir présenté un risque d'autres altercations avec les autres personnes résidentes.

**Sources :** Notes d'évolution et évaluations de la personne résidente n° 005, marche à suivre du foyer concernant les comportements réactifs (modifiée le 31 mars 2020), entretiens avec le directeur des soins et l'IA. [740882]

## **ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) N° 001 Obligation de protéger**

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 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.

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District de Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

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

Plus précisément, le titulaire de permis doit :

1. former l'ensemble des PSSP et des IA de certaines unités quant aux politiques et marches à suivre du foyer de soins de longue durée en matière de prévention des mauvais traitements et de la négligence et en matière de comportements réactifs, ce qui englobe les processus et marches à suivre du foyer concernant la surveillance individualisée des comportements réactifs;
2. consigner par écrit la formation, notamment la ou les dates auxquelles elle a eu lieu, les membres du personnel qui y ont participé ainsi que les signatures de ces derniers, qui montrent qu'ils attestent avoir compris la formation;
3. conserver des documents écrits sur la formation offerte ainsi que la liste des membres du personnel qui ont reçu et terminé la formation. On doit pouvoir obtenir sur demande tous les documents écrits.

**Motifs**

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

Conformément au paragraphe 2 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22, « mauvais traitements d'ordre physique » entre deux personnes résidentes sont définis comme étant l'usage de la force physique de la part d'un résident pour causer des lésions corporelles à un autre résident (« physical abuse »).

**Justification et résumé**

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District de Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

Une personne résidente avait des antécédents connus de comportements réactifs d'ordre physique envers le personnel et les autres personnes résidentes. Son programme de soins prévoyait l'utilisation de l'outil BSO-DOS pour le suivi de ses comportements ainsi qu'une surveillance individualisée.

À une date donnée en janvier 2024, la personne résidente est entrée dans un lieu sans être accompagnée du membre du personnel chargé de sa surveillance individualisée et elle a eu une altercation physique avec une autre personne résidente. Un membre du personnel chargé de la surveillance d'une autre personne résidente est intervenu afin d'éloigner les deux personnes résidentes l'une de l'autre.

Un membre du personnel infirmier autorisé a séparé les personnes résidentes, puis il a évalué leurs possibles blessures. Il a constaté que l'autre personne résidente avait reçu des blessures, qui ont été traitées par le personnel. Les deux personnes résidentes concernées ont fait l'objet d'une surveillance individualisée, d'un contrôle de la douleur et d'une fiche BSO-DOS pendant 72 heures.

L'IA et le directeur des soins ont confirmé que le membre du personnel chargé de la surveillance individualisée de la personne résidente n'était pas présent lors de l'incident et qu'il ne se trouvait pas dans le lieu où celui-ci s'est produit.

Le fait de ne pas avoir protégé une personne résidente contre les mauvais traitements d'ordre physique infligés par une autre personne résidente a causé des blessures physiques et a présenté un risque pour la sécurité des personnes résidentes.

**Sources :** Entretiens avec le personnel, dossiers de santé cliniques de la personne résidente. [740882]

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District de Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

2) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente soit protégée contre les mauvais traitements d'ordre physique de la part d'une autre personne résidente.

Conformément au paragraphe 2 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22, « mauvais traitements d'ordre physique » entre deux personnes résidentes sont définis comme étant l'usage de la force physique de la part d'un résident pour causer des lésions corporelles à un autre résident (« physical abuse »).

**Justification et résumé**

Une personne résidente ayant des antécédents de comportements réactifs d'ordre physique envers d'autres personnes résidentes faisait l'objet d'une surveillance individualisée par un membre du personnel afin de prévenir les altercations. À une date donnée en février 2024, la personne résidente a eu des comportements réactifs d'ordre physique envers le membre du personnel qui assurait sa surveillance individualisée, puis elle s'est mise à s'éloigner vers un autre endroit. Une altercation physique a eu lieu entre cette personne résidente et une autre personne résidente.

Le membre du personnel qui assurait la surveillance individualisée de la personne résidente a séparé les deux personnes résidentes. Un membre du personnel infirmier autorisé a dû lancer un code blanc en raison de l'agression physique de la part de la personne résidente, qui frappait le personnel. Le personnel a évalué l'autre personne résidente et a conclu qu'elle avait reçu une blessure.

L'IA n° 110 et le directeur des soins ont reconnu que l'altercation physique a commencé lorsque la personne résidente est entrée dans le lieu où se trouvait l'autre personne résidente et ils ont reconnu que cette dernière a subi des blessures.

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District de Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

Le fait de ne pas avoir protégé une personne résidente contre les mauvais traitements d'ordre physique infligés par une autre personne résidente a causé des blessures physiques et a présenté un risque pour la sécurité des personnes résidentes.

**Sources :** Entretiens avec le personnel, dossiers de santé cliniques de la personne résidente, rapport sur la gestion des risques, rapport du système de rapport d'incidents critiques. [740882]

3) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente soit protégée contre les mauvais traitements d'ordre physique de la part d'une autre personne résidente.

Conformément au paragraphe 2 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22, « mauvais traitements d'ordre physique » entre deux personnes résidentes sont définis comme étant l'usage de la force physique de la part d'un résident pour causer des lésions corporelles à un autre résident (« physical abuse »).

**Justification et résumé**

À une date donnée en février 2024, une personne résidente était assise sur une chaise au poste de soins infirmiers lorsqu'une autre personne résidente s'est approchée d'elle en marchant et s'est mise à crier contre elle. Un membre du personnel se trouvant au bout du couloir a entendu l'altercation verbale entre les deux personnes résidentes. Alors qu'il s'approchait d'elles, il a vu la personne résidente assise donner un coup de pied sur le pied de l'appareil que tenait l'autre personne résidente. Cette dernière a donc fait une chute et s'est blessée.

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District de Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

On a séparé les deux personnes résidentes, puis un membre du personnel infirmier autorisé a procédé à leur évaluation. Une surveillance individualisée a été mise en place pour la personne résidente, ainsi qu'un outil de suivi des comportements.

La personne résidente blessée a été envoyée à l'hôpital. À son retour, on a appris que ses blessures avaient été confirmées et que celles-ci nécessitaient des directives de soins ciblés.

Le directeur des soins a reconnu que la force physique utilisée par la personne résidente pour donner un coup de pied sur l'appareil sur lequel s'appuyait l'autre personne résidente a fait perdre l'équilibre à cette dernière. Elle est donc tombée, ce qui a entraîné des blessures physiques et de la douleur.

Le fait de ne pas avoir protégé une personne résidente contre les mauvais traitements d'ordre physique infligés par une autre personne résidente a causé des blessures physiques et a présenté un risque pour la sécurité des personnes résidentes.

**Sources :** Dossiers de santé cliniques de la personne résidente dont les notes d'évolution, le programme de soins, les évaluations et les registres d'administration des médicaments, rapport de l'IC n° 2364-000005-24, entretiens avec le personnel. [740882]

**Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 16 août 2024**

**Un avis de pénalité administrative est délivré dans le cadre du présent ordre de conformité (APA n° 001).**

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District de Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

## 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

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

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District de Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

a utilisé des fonds ne faisant pas partie de l'enveloppe pour les soins aux résidents afin de payer l'APA.

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District de Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

## 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 Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

**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 Hamilton**

119, rue King Ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Hamilton ON L8P 4Y7  
Téléphone : 800 461-7137

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).