



# ACE

Advocacy Centre  
for the Elderly


## Le départ de l'hôpital vers les soins de longue durée dans le cadre du projet de loi 7 : informations importantes à connaître

*Jane E. Meadus, Avocate/Porte-parole institutionnelle  
Alyssa Lane, Avocate/ Porte-parole institutionnelle  
v.2 juillet 24, 2024*


Le Centre pour la défense des personnes âgées (ACE) reçoit chaque année des centaines d'appels pour des demandes d'aide concernant la sortie de l'hôpital et l'admission dans un foyer de soins de longue durée (FSLD).

Les foyers de soins de longue durée (FSLD) de l'Ontario sont financés par l'État et régis par la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée (LRSLD)*, qui a été promulguée le 11 avril 2022<sup>1</sup> et a remplacé la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée (LFSLD)*, qui était en vigueur depuis juillet 2010.<sup>2</sup> Bien que la *LRSLD* soit un nouveau texte législatif, l'essentiel de la législation et de la réglementation reste identique à celle du *LFSLD*.

Toutefois, le 21 septembre 2022, la *Loi de 2022 pour plus de lits et de meilleurs soins*<sup>3</sup> (projet de loi 7) a été promulguée et a modifié la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*. Les modifications permettent désormais aux coordonnateurs du placement de Santé à domicile Ontario (SADO)<sup>4</sup> d'effectuer certaines actions pour les patients à l'hôpital qui requiert l'ordonnance de sortie de l'hôpital qui exige que le



55 University Ave.  
Suite 1500  
Toronto, ON  
M5J 2H7



416-598-2656  
1-855-598-2656



[www.ACELAW.ca](http://www.ACELAW.ca)

<sup>1</sup> S.O. 2021, c. 39, Annexe 1.

<sup>2</sup> S.O. 2007, c. 8.

<sup>3</sup> L.O. 2022, c. 16 - Projet de loi 7. Par souci de commodité, la Loi de 2022 visant à accroître le nombre de lits et à améliorer les soins, qui était un projet de loi modificatif, et ses règlements seront désignés par l'expression « projet de loi 7 », comme on l'appelle familièrement, même si la loi et les règlements sont maintenant en vigueur.

<sup>4</sup> Anciennement connu sous le nom de Home and Community Care Support Services (HCCSS) ou de Local Health Integration Network (LHIN).

patient soit admis dans un établissement de soins de longue durée sans avoir obtenu le consentement du patient/mandataire spécial (MS), y compris la détermination de l'admissibilité, la sélection des établissements de soins de longue durée et l'autorisation d'admission du patient dans un établissement de soins de longue durée. Des amendements connexes exigent désormais que les hôpitaux facturent 400 dollars par jour aux patients qui restent à l'hôpital pendant plus de 24 heures après une ordonnance de sortie.<sup>5</sup>

Dans cet article, nous expliquons les récents changements apportés au processus d'admission des patients hospitalisés dans les établissements de soins de longue durée. Nous abordons également les problèmes courants avec les hôpitaux et le SADO au sujet desquels les patients et les MS contactent notre bureau.

## 1. PROCESSUS D'ADMISSION AU FSLD

### a. Processus régulier

L'admission en FSLD est régie par la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*. Lorsqu'un patient hospitalisé n'est plus gravement malade et doit être admis dans un établissement de FSLD, le coordinateur des placements du SADO est contacté pour remplir une demande à l'hôpital. Le contact avec le SADO peut être initié par le personnel de l'hôpital, le patient, un MS ou des membres de la famille. Les coordinateurs de placement de SADO sont chargés de déterminer l'admissibilité et de tenir les informations à jour, de traiter les demandes d'admission dans les établissements de soins de longue durée, d'autoriser les admissions et de tenir les listes d'attente.<sup>6</sup>

Dans l'attente d'un placement en FSLD à l'hôpital, la personne doit être désignée par le clinicien traitant<sup>7</sup> comme un « niveau de soins alternatif » ou « NSA ». Cela signifie que la personne est hospitalisée et que le clinicien traitant estime qu'elle n'a plus besoin de l'intensité des ressources ou des services fournis dans le cadre des soins hospitaliers.<sup>8</sup>

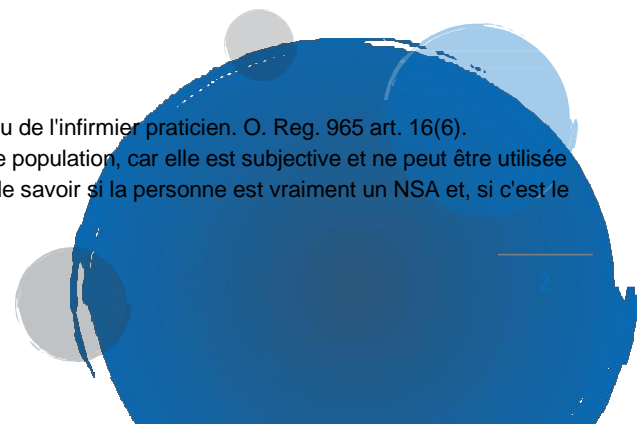
---

<sup>5</sup> R.R.O. 1990, Reg. 965, art. 16(3.1).

<sup>6</sup> *LFSLD*, art. 48-50 ; O. Reg. 246/22 art.182.

<sup>7</sup> Dans la plupart des cas, il s'agit du médecin traitant, de l'infirmière praticienne ou de l'infirmier praticien. O. Reg. 965 art. 16(6).

<sup>8</sup> *LFSLD*, art. 60.1(1). Cette définition de « NSA » est très problématique pour cette population, car elle est subjective et ne peut être utilisée qu'au sein d'un projet de loi. Il y a souvent des différends sur la question de savoir si la personne est vraiment un NSA et, si c'est le cas, quelle est la procédure appropriée.



Pour déterminer l'éligibilité et les besoins de soins du patient en NSA, le coordinateur des placements de SDO exigera que les évaluations suivantes soient effectuées pour le patient :

- i) la santé physique et mentale, et les besoins en matière de traitement médical et de soins de santé (complétés par un médecin ou un infirmier dans le formulaire requis) ;
- ii) la capacité fonctionnelle, les besoins en matière de soins personnels, le comportement actuel et le comportement au cours de l'année précédente ; et
- iii) toute autre évaluation ou information prévue par le règlement.<sup>9</sup>

Le coordinateur des placements de SDO utilisera ces informations pour effectuer l'évaluation à l'aide de l'instrument d'évaluation des résidents (RAI). Une fois l'évaluation terminée, un score est généré indiquant le niveau de soins requis, ce qui aide le coordinateur des placements à déterminer l'éligibilité à l'admission en FSLD. Une évaluation de la capacité mentale du patient à prendre des décisions de placement sera également réalisée pour déterminer si le patient est capable de prendre sa propre décision de placement dans un FSLD.<sup>10</sup> Si le patient n'est pas mentalement capable de prendre sa propre décision de placement, son MS le plus haut placé prendra la décision en son nom.<sup>11</sup>

Une fois qu'un patient NSA est considéré comme éligible pour une admission en FSLD<sup>12</sup>, le patient/MS sera invité à sélectionner les FSLD auxquels il souhaite s'adresser. Le coordinateur du placement fournira au patient/MS des informations sur le processus d'admission dans les FSLD : les choix du patient/MS et les implications de ces choix ; les services alternatifs ; la responsabilité du patient de payer les frais d'hébergement dans les FSLD et les montants maximums qui peuvent être facturés ; les réductions de tarifs disponibles et les conditions de demande ; la durée approximative des listes d'attente ; les postes vacants ; et la manière d'obtenir des informations (y compris l'inspection, la formation et la formation).

---

<sup>9</sup> *LFSLD*, art. 50(4).

<sup>10</sup> *Loi sur le consentement aux soins de santé, 1996*, S.O. 1996, art. 2, annexe 2, art. 40(1). Jusqu'à ce qu'une personne soit évaluée et jugée incapable de prendre une décision, personne d'autre ne peut prendre de décision en matière de soins personnels à sa place, même si la personne a désigné quelqu'un comme son mandataire dans une procuration relative aux soins de la personne.

<sup>11</sup> *LCSS*, art. 20.

<sup>12</sup> Si la personne est jugée inéligible pour les FSLD, elle peut s'adresser à la commission de recours et d'appel des services de santé. La Commission de révision pour la révision de la décision d'inéligibilité. *LFSLD*, art. 60.1(8).

Le coordonnateur des placements de SDO aide les patients à choisir les établissements de soins de longue durée.<sup>13</sup> Si le patient ou la personne atteinte d'une maladie mentale le souhaite, le coordonnateur des placements de SDO l'aidera à choisir un établissement de soins de longue durée.<sup>14</sup> Lors du choix des établissements, le coordonnateur du placement doit tenir compte des préférences du patient en matière d'admission en fonction de facteurs ethniques, religieux, spirituels, linguistiques, familiaux et culturels.<sup>15</sup> Le patient ou la personne atteinte peut choisir n'importe quel établissement de FSLD dans la province de l'Ontario et le coordonnateur des placements doit collaborer avec SDO de la région concernée pour ce qui est de la demande.<sup>16</sup>

Le coordonnateur des placements de SDO fournit ensuite à chaque établissement de soins de longue durée sélectionné une copie des évaluations et des informations relatives au patient.<sup>17</sup> Les établissements de soins de longue durée disposent de cinq jours ouvrables pour examiner la demande du patient et approuver ou refuser son admission.<sup>18</sup> Lorsqu'un établissement de soins de longue durée demande au coordonnateur des placements des informations complémentaires sur le patient, l'établissement dispose de trois jours ouvrables supplémentaires pour approuver ou refuser l'admission du patient après avoir reçu ces informations.<sup>19</sup>

Une fois le patient approuvé par le foyer, le coordonnateur des placements de SDO l'inscrit sur la liste d'attente du foyer et le contacte dès qu'un lit se libère. Le patient ou la personne en charge de la prise en charge n'a généralement que 24 heures pour accepter ou refuser une offre de lit.<sup>20</sup> Les patients peuvent conserver un lit jusqu'à cinq jours en payant le tarif d'hébergement avant de perdre le lit. Le patient doit emménager avant midi le cinquième jour et doit payer le tarif d'hébergement applicable même s'il n'emménage pas le cinquième jour.<sup>21</sup> Toutefois, les patients ne sont pas pénalisés si des raisons indépendantes de leur volonté les empêchent d'emménager dans le foyer dans ce délai, par exemple s'ils souffrent d'un problème de santé, d'une maladie ou d'une blessure de courte durée, d'une urgence ou d'une épidémie dans le foyer.<sup>22</sup>

---

<sup>13</sup> O. Reg. 246/22, art. 171.

<sup>14</sup> *LFSLD*, art. 51(3).

<sup>15</sup> *LFSLD*, art. 51(4).

<sup>16</sup> *LFSLD*, art. 51(6).

<sup>17</sup> O. Reg. 246/22, art. 178.

<sup>18</sup> O. Reg. 246/22, art. 179(4).

<sup>19</sup> O. Reg. 246/22, art. 179(5).

<sup>20</sup> O. Reg. 246/22, art. 203(e).

<sup>21</sup> O. Reg. 246/22, art. 203(f).

<sup>22</sup> *Patients NSA qui refusent une offre d'admission dans un lit de FSLD choisi au préalable*, Mémo de Rachel Kampus, ADM(A), Ministère de la santé et des soins de longue durée, Division de la stratégie et de la politique du système de santé, 12 mai 2012.

En ce moment, les patients de NSA hospitalisés en attente d'une admission en FSLD sont classés dans la « catégorie 1 - crise »<sup>23</sup> pour tous les choix de FSLD, ce qui les place dans l'une des catégories les plus élevées de la liste d'attente. Les personnes dans la « catégorie de crise » ne sont pas limitées à un maximum de cinq foyers et peuvent postuler à d'autres établissements de FSLD si elles le souhaitent.

Si un patient hospitalisé a déjà fait une demande d'admission dans un établissement de soins de longue durée alors qu'il se trouvait dans la communauté, le SDO peut être amené à mettre à jour la demande d'admission du patient dans l'établissement de soins de longue durée afin de s'assurer que les informations les plus récentes sont disponibles.<sup>24</sup> Une nouvelle évaluation de la capacité peut être exigée s'il apparaît que la capacité du patient à prendre une décision a changé.<sup>25</sup>

### **b. Amendements au projet de loi 7**

Les amendements résultant du projet de loi 7 ont modifié le processus d'admission des patients en NSA devant être admis dans un établissement de soins de longue durée. Les coordinateurs de placement de SDO sont désormais autorisés à prendre les mesures suivantes, avec ou sans le consentement du patient en NSA/de la MS :

- Introduire une demande d'admission en FSLD au nom d'un patient ;
- Déterminer si le patient en NSA peut être admis dans un établissement de soins de longue durée ;
- Recueillir et communiquer des informations personnelles sur la santé provenant de diverses sources et fournir à l'établissement de soins de longue durée des évaluations et des informations, y compris des informations personnelles sur la santé ;
- Sélectionner le(s) établissement(s) de soins de longue durée pour le patient en NSA conformément à la restriction géographique prescrite ;
- Autoriser l'admission du patient NSA dans un établissement de soins de longue durée ; et,
- Transférer la responsabilité du placement du patient en NSA à un autre coordinateur de placement qui, pour plus de certitude, peut effectuer les actions énumérées ci-dessus à l'égard du patient en NSA.<sup>26</sup>

---

<sup>23</sup> O. Reg. 246/22, art. 240.3(2).

<sup>24</sup> *LFSLD*, art. 51(11).

<sup>25</sup> *LCSS*, art. 4(3).

<sup>26</sup> *LFSLD*, art. 60.1(3)2.



Les modifications permettent également à un clinicien traitant qui croit raisonnablement qu'un patient hospitalisé peut être admis dans un établissement de soins de longue durée de contacter le coordinateur des placements de SDO et de demander que l'une ou l'ensemble des mesures susmentionnées soient mises en œuvre, avec ou sans le consentement du patient/de la personne atteinte.<sup>27</sup>

Le coordinateur des placements de SDO, ainsi qu'un médecin ou une infirmière diplômée (qui n'est pas employée par le SDO) sont désormais autorisés à déterminer l'éligibilité à une admission en FSLD d'un patient en NSA à l'hôpital.<sup>28</sup> Bien qu'un patient en NSA ne puisse être contraint de participer à une évaluation visant à déterminer son éligibilité, s'il refuse, son éligibilité sera déterminée sans sa coopération sur la base de toutes les informations dont dispose le coordinateur du placement à ce moment-là.<sup>29</sup> Des informations peuvent désormais être collectées, utilisées et divulguées au coordinateur de placement de SDO à partir de diverses sources, sans le consentement du patient/de la personne âgée, afin de déterminer l'éligibilité du patient à une admission en FSLD ou de procéder à son admission dans un foyer.<sup>30</sup>

Une fois que le patient en NSA est jugé admissible à l'admission dans un établissement de FSLD, le coordonnateur des placements de SDO fournit au patient/MS des informations sur la durée approximative des listes d'attente dans les établissements de FSLD concernés, sur les places vacantes dans ces établissements et sur la manière d'obtenir des informations (y compris des rapports d'inspection) auprès du ministère des soins de longue durée.<sup>31</sup> À ce moment-là, si le patient ou le médecin de famille refuse de faire une demande auprès des établissements de soins de longue durée ou d'ajouter d'autres établissements (en particulier des établissements ayant des lits libres ou des listes d'attente courtes où l'admission se ferait dans un délai de six mois ou moins),<sup>32</sup> le coordonnateur des placements de SDO sélectionnera un ou plusieurs établissements pour le patient sans son consentement.<sup>33</sup>

---

<sup>27</sup> LFSLD, art. 60.1(3)1.

<sup>28</sup> LFSLD, art. 60.1(3)3. Cependant, étant donné le manque général de connaissances des médecins et des infirmières sur le processus de placement et les critères d'éligibilité, il est probable que les coordinateurs de placement de SDO continueront à déterminer l'éligibilité dans la plupart des cas.

<sup>29</sup> O. Reg. 246/22, art. 240.1(8).

<sup>30</sup> Les sources comprennent les hôpitaux, les prestataires de soins primaires, les prestataires de soins à domicile et en milieu communautaire, les services communautaires de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie, et les agences relevant de la *Loi de 2008 sur les services et soutiens visant à promouvoir l'inclusion des personnes ayant une déficience intellectuelle*. Règl. de l'Ont. 246/22, art. 240.1(8)-(11); art. 240.2(10).

<sup>31</sup> O. Reg. 246/22, art. 240.1(5), 240.2(1)

<sup>32</sup> *Admissions dans les maisons de soins de longue durée pour les patients des hôpitaux publics ayant reçu un autre niveau de soins* : Champ

<sup>33</sup> O. Reg. 246/22, art. 240.2(2). Il n'y a pas de nombre fixe de foyers que le coordinateur des placements de SDO doit sélectionner pour le patient bénéficiant du NSA.

Lors de la sélection des établissements de soins de longue durée sans consentement, le coordinateur des placements de SDO doit tenir compte de l'état et de la situation du patient, de la catégorie d'hébergement demandée (le cas échéant) et de la proximité du domicile.<sup>34</sup> Si aucune catégorie de logement n'a été choisie, le coordinateur du placement sélectionnera un logement de base.<sup>35</sup> Les établissements de soins de longue durée sélectionnés par le coordinateur du placement doivent être situés à moins de 70 km de l'adresse préférée du patient, c'est-à-dire l'adresse fournie par le patient ou la personne en charge de la prise en charge. Si aucune adresse préférée n'est fournie, il s'agit soit de l'adresse principale du patient, soit, s'il n'y en a pas, de l'hôpital.<sup>36</sup>

Si le lieu de résidence préféré du patient se trouve dans la région nord-est ou nord-ouest de SDO, les foyers sélectionnés par le coordinateur de placement doivent se trouver dans un rayon de 150 km du lieu de résidence préféré du patient. Toutefois, s'il n'y a pas de foyers vacants dans ce rayon de 150 km, le coordinateur des placements choisira le ou les foyers les plus proches du lieu de résidence préféré du patient.<sup>37</sup> En outre, les coordinateurs de placement de SDO ont été « encouragés » par le gouvernement à choisir des établissements de soins de longue durée ayant des lits libres et des listes d'attente courtes.<sup>38</sup>

Le coordinateur des placements de SDO fournira ensuite à chaque établissement de soins de longue durée les évaluations et les informations relatives au patient (y compris les informations personnelles sur la santé). Cela inclut les foyers sélectionnés par le coordinateur de placement pour lesquels le patient/la personne âgée n'a pas donné son accord.<sup>39</sup>

Les coordinateurs de placement de SDO peuvent désormais autoriser l'admission d'un patient dans un établissement de soins de longue durée sélectionné par le coordinateur de placement.<sup>40</sup> Bien qu'une personne ne puisse pas être physiquement transférée dans un établissement de soins de longue durée sans son consentement, si le patient/la personne atteinte d'un NSA refuse une offre de lit dans un foyer qu'il/elle a choisi OU refuse d'être transféré dans un établissement de soins de longue durée choisi et autorisé par le coordinateur des placements de SDO sans son consentement ET que le patient reste à l'hôpital, une ordonnance de sortie sera vraisemblablement signée. Si le patient reste à l'hôpital plus de 24 heures après la signature de l'ordonnance de sortie, l'hôpital est légalement tenu de commencer à facturer au patient 400 dollars par jour pour chaque jour où il est hospitalisé.

---

<sup>34</sup> O. Reg. 246/22, art. 240.2(5).

<sup>35</sup> O. Reg. 246/22, art. 240.2(6).

<sup>36</sup> O. Reg. 246/22, art. 240.2(12).

<sup>37</sup> O. Reg. 246/22, art. 240.2(7) & (8).

<sup>38</sup> *Guide de terrain*, page 13.

<sup>39</sup> O. Reg. 246/22, art. 240.2(10).

<sup>40</sup> *LFSLD*, art. 60.1(3) iv ; O. Reg. 246/22, art. 240.3(5).





il reste à l'hôpital.<sup>41</sup> Le patient en NSA sera également retiré de la liste d'attente pour le foyer refusé, mais continuera à figurer sur la liste d'attente pour tous les autres foyers pendant son séjour à l'hôpital.<sup>42</sup>

Il est important de comprendre que si un patient en NSA déménage dans un établissement de soins de longue durée choisi par le patient en NSA/la MS, le patient tombera dans la catégorie de la liste d'attente pour être transféré dans n'importe quel établissement de choix supérieur (c'est-à-dire qu'il ne conservera pas son statut de « crise » sur la liste d'attente pour être transféré). En revanche, si un patient ou MS ou en NSA accepte d'être transféré dans un établissement de soins de longue durée sélectionné et autorisé par le coordinateur des placements de SDO, le patient reste dans la catégorie de crise pour être transféré dans un maximum de cinq établissements préférés.<sup>43</sup> Les coordinateurs de placement de SDO peuvent également autoriser l'admission d'un patient dans une structure d'accueil préférentielle même si seule une structure d'accueil de base a été demandée. Le patient doit alors continuer à payer le tarif de base et peut demander toute réduction de tarif applicable.<sup>44</sup> Toutefois, le patient sera inscrit sur la liste de transfert interne de l'établissement de FSLD pour un hébergement de base.<sup>45</sup> Une fois que l'hébergement de base est disponible, si le patient refuse d'être transféré, il se verra appliquer le tarif préférentiel prévu pour cette chambre.<sup>46</sup>

Les changements résultant du projet de loi 7 suppriment les droits fondamentaux de choix et de consentement dans le processus de placement des patients d'un NSA à l'hôpital, ce qui nous semble contraire à la *Charte canadienne des droits et libertés*.<sup>47</sup> Toutefois, si le patient ou la personne atteinte d'un NSA change d'avis et décide de donner son consentement à tout moment au cours du processus d'admission et de placement, le coordonnateur du placement de SDO doit s'assurer que toutes les exigences de l'*ALTCA* sont désormais respectées, y compris celles relatives au consentement.<sup>48</sup>

L'article 52 définit les conditions d'obtention d'un consentement au titre de la *LFSLD*.

<sup>41</sup> R.R.O. 1990, Reg. 965, art. 16(3.1).

<sup>42</sup> Il en va différemment pour les demandeurs dans la communauté. Si une personne vivant dans la communauté refuse une offre de lit dans un établissement de FSLD à laquelle elle a déjà postulé, le coordinateur des placements la retirera de toutes les listes d'attente sur lesquelles elle figure. La personne doit attendre au moins 12 semaines avant de pouvoir présenter une nouvelle demande, sauf en cas de détérioration de son état ou de sa situation. Règl. de l'Ont. 246/22, art. 184(1).

<sup>43</sup> O. Reg. 246/22, art. 240.3(11).

<sup>44</sup> O. Reg. 246/22, art. 240.3(6).

<sup>45</sup> O. Reg. 246/22, art. 240.3(7).

<sup>46</sup> O. Reg. 246/22, art. 240.3(8).

<sup>47</sup> Voir [www.ancelaw.ca](http://www.ancelaw.ca) pour plus d'informations sur le défi de la Charte.

<sup>48</sup> *LFSLD*, art. 60.1(6).



### **Éléments du consentement**

**52** (1) Les éléments suivants sont nécessaires pour obtenir le consentement à l'admission dans un établissement de soins de longue durée :

1. Le consentement doit être lié à l'admission.
2. Le consentement doit être éclairé.
3. Le consentement doit être donné volontairement.
4. Le consentement ne doit pas être obtenu au moyen d'une fausse déclaration ou d'une fraude.

### **Consentement éclairé**

(2) Le consentement à l'admission est éclairé si, avant de le donner,

- (a) la personne a reçu les informations sur les questions visées au paragraphe (3) dont une personne raisonnable aurait besoin dans les mêmes circonstances pour prendre une décision concernant l'admission ; et
- (b) la personne a reçu des réponses à ses demandes d'informations complémentaires sur ces questions.

### **Idem**

(3) Les questions visées au paragraphe 2 sont les suivantes :

1. Ce qu'implique l'admission.
2. Les avantages et les inconvénients attendus de l'admission.
3. Alternatives à l'admission.
4. Les conséquences probables d'un refus d'admission.<sup>49</sup>

Lorsqu'il y a un MS, le coordinateur du placement a l'obligation de l'informer des règles de prise de décision énoncées à l'article 42 de la *Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé (LCSS)*,<sup>50</sup> comme suit :

### **Principes pour donner ou refuser le consentement**

**42** (1) La personne qui donne ou refuse le consentement au nom de l'incapable à son admission dans un établissement de soins le fait conformément aux dispositions des principes suivants :

---

<sup>49</sup> *LFSLD*, art. 52.

<sup>50</sup> *M.A. v. Benes*, 1999 CanLII 3807 (ON C.A.).



1. Si la personne a connaissance d'un souhait applicable aux circonstances que l'incapable a exprimé alors qu'il était capable et après avoir atteint l'âge de 16 ans, elle donne ou refuse son consentement conformément à ce souhait.
2. Si la personne n'a pas connaissance d'un souhait applicable aux circonstances que l'incapable a exprimé alors qu'il était capable et après avoir atteint l'âge de 16 ans, ou s'il est impossible de respecter ce souhait, la personne agit dans l'intérêt supérieur de l'incapable.

### **Intérêt supérieur**

(2) Pour déterminer l'intérêt supérieur de l'incapable, la personne qui donne ou refuse le consentement en son nom prend en considération les éléments suivants

- (a) les valeurs et les convictions que la personne sait que la personne incapable avait lorsqu'elle était capable et qu'elle pense qu'elle continuerait d'appliquer si elle était capable ;
- (b) les souhaits exprimés par la personne incapable en ce qui concerne son admission dans un établissement de soins qui n'ont pas à être respectés en vertu de la disposition 1 du paragraphe (1) ; et
- (c) les facteurs suivants :
  1. Si l'admission dans l'établissement de soins est susceptible de..
    - i. améliorer la qualité de vie de la personne incapable,
    - ii. empêcher la détérioration de la qualité de vie de la personne incapable, ou
    - iii. réduire la mesure dans laquelle ou le rythme auquel la qualité de vie de la personne incapable risque de se détériorer.
  2. Si la qualité de vie de la personne incapable est susceptible de s'améliorer, de rester la même ou de se détériorer sans son admission dans l'établissement de soins.
  3. La question de savoir si le bénéfice que la personne incapable est censée retirer de son admission dans l'établissement de soins l'emporte sur le risque de conséquences négatives pour elle.



4. La question de savoir s'il existe un plan d'action moins restrictif que l'admission dans l'établissement de soins et s'il est approprié dans les circonstances.<sup>51</sup>

Les exigences relatives à la prise de décision en matière de placement pour les MS sont restrictives, ce qui signifie qu'ils ne peuvent prendre leur décision qu'en conformité avec ces principes. Cette disposition n'a pas été modifiée par le projet de loi 7. Cela crée un conflit pour le MS lorsqu'elle essaie de choisir un établissement de soins de longue durée, car elle est souvent poussée à faire une demande dans un établissement qui, selon elle, n'est pas dans l'intérêt du patient en NSA.

En outre, les coordinateurs de placement de SDO doivent faire des « efforts raisonnables » pour obtenir le consentement du patient/ MS ou en NSA avant de pouvoir agir sans consentement.<sup>52</sup> L'expression « efforts raisonnables » n'est pas définie dans la *LFLD*. Toutefois, le coordinateur du placement de SDO doit continuer à impliquer le patient/MS ou en NSA à chaque étape de la procédure d'admission et obtenir son consentement chaque fois que cela est possible. Le coordinateur du placement doit également expliquer les conséquences d'un refus de consentement.<sup>53</sup> En revanche, il n'est pas tenu d'expliquer les conséquences du consentement, ce qui peut avoir un impact fondamental sur le processus de placement, comme nous le verrons dans la section suivante.

## 2. QUESTIONS COMMUNES

### a. Politiques de sortie d'hôpital

Les hôpitaux disent souvent aux patients et aux médecins de famille que les évaluations de l'établissement de soins de longue durée ne peuvent pas être effectuées à l'hôpital. Les patients peuvent se voir dire qu'ils doivent retourner dans la communauté pour être évalués et attendre l'admission dans l'établissement de soins de longue durée. Ce n'est pas le cas. Les personnes ont le droit légal d'être évaluées pour une FSLD à l'hôpital OU dans la communauté par les coordinateurs de placement de SDO. Les hôpitaux ne peuvent pas intervenir dans ce processus. De plus, une fois qu'un patient a été jugé admissible à l'admission dans un établissement de soins de longue durée, il peut légalement rester à l'hôpital en attendant d'être placé dans un établissement de soins de longue durée.

---

<sup>51</sup> *LCSS, 1996*, S.O. 1996, c. 2, Annexe A, art. 42.

<sup>52</sup> *LFLD*, art. 60.1(4).

<sup>53</sup> O. Reg. 246/22, art. 240.1(5) (d) & (e).

Le règlement d'application de la *loi sur les hôpitaux publics* exige qu'une personne quitte l'hôpital au plus tard 24 heures après qu'une ordonnance de sortie a été rendue.<sup>54</sup> Si l'on examine cette disposition, il semblerait que dès qu'un patient n'a plus besoin de traitement, il doit quitter l'hôpital, la seule exception étant un délai de grâce de 24 heures. Cependant, la réalité est que de nombreuses personnes hospitalisées qui n'ont plus besoin de traitement sont autorisées à rester jusqu'à ce que leur destination de sortie, telle qu'une maison de soins de longue durée, soit disponible. Les hôpitaux s'appuient sur cet article de la législation pour exiger que les personnes se conforment à leurs « politiques » internes. Cependant, nous ne pensons pas que ces politiques soient soutenues par la loi.

Il faut comprendre que c'est le médecin traitant, l'infirmière praticienne, la sage-femme ou le dentiste qui est un chirurgien buccal et maxillo-facial qui donne son congé, et non l'hôpital ou le planificateur des congés. Dans presque tous les cas, c'est le médecin traitant ou « le plus responsable » qui doit donner la sortie. Toutefois, le médecin a l'obligation de veiller à ce que le patient soit transféré dans un lieu sûr. Les établissements de soins de longue durée font partie de notre système de santé et, à ce titre, le patient a droit à une transition sans heurt d'un niveau à l'autre.

Les dispositions de la *loi sur l'assurance maladie*<sup>55</sup> prévoient expressément que les patients devront attendre à l'hôpital jusqu'à ce qu'un lit de FSLD soit disponible. Le gouvernement a fixé un montant maximum par jour qui peut être facturé pendant que le patient en NSA attend d'être transféré de l'hôpital à un établissement de soins de longue durée (connu sous le nom de « co-paiement hospitalier pour soins chroniques » ou « co-paiement NSA »). Il s'agit du même montant maximum qu'un résident en hébergement de base dans un établissement de soins de longue durée,<sup>56</sup> sous réserve de toute réduction tarifaire applicable.<sup>57</sup> Il est donc clair que les patients qui attendent d'être admis dans un établissement de soins de longue durée sont autorisés à rester à l'hôpital jusqu'à ce qu'ils soient placés, et ne doivent pas sortir dans les 24 heures qui suivent le moment où ils n'ont plus besoin de soins aigus.

Toutefois, un séjour prolongé à l'hôpital n'est pas non plus idéal. La probabilité que l'état d'un patient se détériore pendant qu'il attend d'être placé, y compris la perte d'autonomie, est très élevée.

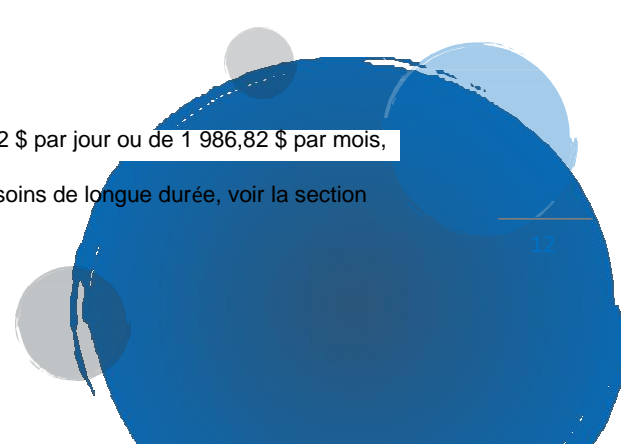
---

<sup>54</sup> R.R.O. 1990, Reg. 965, art. 16.

<sup>55</sup> R.R.O. 1990, Reg. 552.

<sup>56</sup> À compter du 1er juillet 2023, le montant maximal de la quote-part est de 65,32 \$ par jour ou de 1 986,82 \$ par mois, sous réserve de toute réduction de taux applicable.

<sup>57</sup> La réduction du taux dans les hôpitaux diffère de celle des établissements de soins de longue durée, voir la section 2(e) Problèmes liés au co-paiement de NSA dans les hôpitaux ci-dessous.



mobilité et d'incontinence, est élevé. Le risque de contracter des infections nosocomiales est également plus élevé. Néanmoins, pour certains patients, il n'y a pas d'endroit sûr où attendre dans la communauté et ils doivent rester à l'hôpital en attendant d'être placés dans un établissement de FSLD. Il y a souvent un différend avec le médecin, l'hôpital ou le service de santé publique quant à la définition d'une « sortie sûre ». Ce point sera abordé dans la section 2(c) ci-dessous.

Il est possible que le clinicien traitant signe une ordonnance de sortie exigeant que le patient retourne dans la communauté. Si le patient/le MS n'est pas d'accord avec le plan de sortie et refuse de quitter l'hôpital dans les 24 heures suivant la signature de l'ordonnance de sortie, l'hôpital commencera à facturer au patient 400 dollars par jour pour rester à l'hôpital. Si un clinicien fait sortir un patient de manière dangereuse vers un lieu qui ne peut pas répondre à ses besoins en matière de soins, cela peut constituer un motif de plainte auprès de son ordre professionnel ou de litige civil potentiel.

#### **b. Refus de SDO de déterminer l'éligibilité/de prendre en compte les demandes des patients hospitalisés**

Les coordinateurs de placement de SDO refusent de plus en plus souvent d'accepter les demandes d'admission dans un établissement de soins de longue durée émanant de patients hospitalisés.

On dit aux patients qu'ils doivent retourner dans la communauté avant qu'une demande de FSLD ne soit acceptée. Le *guide pratique* du ministère des soins de longue durée indique que « le retour à domicile devrait être envisagé comme la destination de sortie préférée avant d'envisager une FSLD ». <sup>58</sup> Cependant, le *guide* ne fait qu'indiquer que « le retour à domicile » devrait être envisagé : il n'en fait pas une obligation.

Les patients sont également informés que la politique de SDO « exige » une recommandation de l'assistant social de l'hôpital ou d'un autre membre du personnel de l'hôpital pour que SDO prenne en charge la demande. Dans de nombreux cas, c'est le personnel de l'hôpital qui empêche activement le patient d'être évalué.

Cela est contraire à la législation, qui exige que l'éligibilité soit qu'une demande soit introduite et déterminée sur demande.

---

<sup>58</sup> *Guide de terrain*, page 7.



Il en résulte que les personnes qui ne peuvent pas être prises en charge à domicile, ou qui n'ont pas de domicile où retourner, se voient signifier qu'elles doivent quitter l'hôpital avant même d'être autorisées à demander leur admission dans un établissement de FSLD. Ces « politiques » rigides et cette désinformation vont non seulement à l'encontre de l'intérêt des patients, mais elles sont également dangereuses pour les personnes que SDO a l'obligation d'aider. Ces politiques ne servent qu'à aider les hôpitaux à résoudre leurs problèmes de capacité d'accueil : elles ne sont pas créées dans l'intérêt des patients.

La loi stipule clairement que, sur demande, le coordinateur des placements doit remplir une demande et déterminer l'admissibilité à l'admission en FSLD, même si le patient est à l'hôpital.

Les coordinateurs de placement de SDO ne peuvent pas non plus refuser de prendre une demande parce qu'ils ont déterminé à l'avance que la personne pourrait être inadmissible. Si une demande d'admission à une FSLD est remplie et que la personne est jugée inadmissible, le demandeur peut faire réexaminer cette décision par un tribunal administratif appelé la Commission d'appel et de révision des services de santé (CARSS). Si la demande n'est pas remplie, le droit de la personne à demander la révision de la décision d'inadmissibilité par la Commission d'appel et de révision des services de santé est annulé.<sup>59</sup> Par conséquent, si le patient/MS estime qu'une demande est justifiée, il doit exiger qu'elle soit remplie, afin de pouvoir exercer son droit de contester toute décision d'inadmissibilité à l'admission aux FSLD.

### **c. Choix de sortie dans l'attente de l'admission en FSLD**

Les patients hospitalisés sont régulièrement informés qu'ils ne peuvent pas rester à l'hôpital en attendant d'être placés dans un établissement de soins de longue durée. On leur donne souvent l'un des « choix » suivants : retourner chez eux ou vivre avec leur famille ; aller dans une maison de retraite ; être admis dans une unité de soins de transition de courte durée ; ou aller dans un établissement de soins résidentiels en attendant d'être admis dans un établissement de FSLD. Dans certains cas, on a même dit aux patients qu'ils devaient aller dans des foyers pour sans-abri, et ils y ont été envoyés, en attendant d'être placés dans un établissement de FSLD.

---

<sup>59</sup> *LFSLD*, art. 50(9).

Premièrement, le fait qu'une personne ait été jugée admissible à une admission en FSLD signifie que ses besoins en matière de soins ne peuvent pas être satisfaits dans la communauté en utilisant les services communautaires financés par l'État et d'autres dispositions en matière de soins, de soutien ou d'accompagnement dont dispose la personne. Bien que le coordinateur des placements de SDO ait l'obligation de conseiller les patients hospitalisés sur les autres options qu'ils pourraient souhaiter envisager,<sup>60</sup> une personne ne peut pas être forcée à choisir l'une de ces « options » en dehors du système de santé lorsqu'elle a été jugée admissible à l'admission dans un établissement de FSLD.

Dans le cadre de la stratégie « Maison en premier/Attendre à la maison », les patients hospitalisés sont encouragés à rentrer chez eux avec des niveaux de soins accrus de la part de SDO, dans l'espoir qu'ils puissent attendre à la maison jusqu'à ce qu'un lit d'un FSLD soit disponible, ou jusqu'à ce qu'un lit de FSLD ne soit plus nécessaire. Cependant, ce que les patients ne savent pas, c'est que ce niveau accru de soins n'est généralement fourni que pour une durée limitée. Au bout de quelques semaines, les services commencent à être réduits. Si la personne n'est pas admise dans un établissement de soins de longue durée au cours de cette période, elle sera privée des soins et des services dont elle a besoin, ce qui l'exposera à un risque grave.

On dit souvent aux membres de la famille qu'ils « doivent » s'occuper du patient à domicile. Les membres de la famille ne peuvent pas être contraints de s'occuper d'une personne. En fait, si une personne qui s'occupait du patient déclare qu'elle n'est plus en mesure de le faire en toute sécurité, il peut s'agir d'une négligence si le patient est confié à cette personne.

On dit régulièrement aux patients qu'ils doivent aller dans une maison de retraite en attendant d'être placés dans un établissement de soins de longue durée. Les maisons de retraite ne sont pas des EHPAD. Il s'agit plutôt de locations résidentielles où les repas et les services de soins sont également achetés.<sup>61</sup> Elles ne sont pas équivalentes aux établissements de soins de longue durée et ne font pas partie du système de santé.<sup>62</sup> Si certaines personnes choisissent de vivre en maison de retraite même lorsqu'elles sont éligibles à un établissement de soins de longue durée, on ne peut pas les obliger à vivre dans une maison de retraite en lieu et place d'un établissement de soins de longue durée. Non seulement les maisons de retraite sont soumises à une réglementation moins stricte et à des normes de soins moins détaillées, mais elles sont entièrement payées par le secteur privé et ne font pas partie du système de santé.

---

<sup>60</sup> O. Reg. 246/22, art. 171(1).

<sup>61</sup> Les maisons de retraite relèvent de la définition des « maisons de soins », qui sont des locations au sens de la loi sur l'assurance maladie. *Loi sur la location à usage d'habitation, 2006*, S.O. 2006, c. 7.

<sup>62</sup> Les maisons de retraite doivent être agréées et il existe une procédure de signalement des traitements inadéquats, des abus et de la maltraitance.

Négliger l'Autorité de régulation des maisons de retraite. Toutefois, leur capacité à inspecter et à prendre des mesures lorsque des problèmes sont constatés est limitée.



Les patients peuvent également être informés qu'ils doivent se rendre dans une « unité de soins de transition à court terme » en attendant d'être placés dans un établissement de FSLD.<sup>63</sup> Les unités de soins de transition de courte durée ne font pas partie de l'hôpital et sont situées dans des maisons de retraite ou d'autres lieux de vie collective. Les soins sont généralement dispensés par un service de soins privé. Les unités de soins de transition à court terme ne sont pas réglementées, agréées, inspectées ou supervisées par le ministère des soins de longue durée ou tout autre ministère, et elles ne sont pas tenues de respecter les mêmes normes que les lits de FSLD. Les unités situées dans les maisons de retraite ne font pas partie de la maison de retraite et ne sont donc pas inspectées par l'Office de réglementation des maisons de retraite (ORMR) ni tenues de respecter la *Loi de 2010 sur les maisons de retraite (LMR)*. En fait, les personnes vivant dans ces unités signalent qu'elles ne sont souvent pas autorisées à participer aux programmes des maisons de retraite. Les lits dans d'autres établissements qui ne sont pas des maisons de retraite sont similaires en ce sens que l'hébergement n'est généralement pas régi par une législation réglementant les normes de soins. En fait, certains de ces établissements, qu'il s'agisse de maisons de retraite ou d'autres établissements de soins collectifs, peuvent fonctionner illégalement, en violation de l'article 98 de la *Loi sur l'adaptation des soins de longue durée et/ou de la Loi sur les soins de longue durée* et/ou l'article 33 de la *LMR*. Les lits de transition à court terme peuvent constituer un hébergement temporaire approprié pour les personnes qui finiront par être renvoyées dans la communauté, mais ils ne sont souvent pas appropriés pour les personnes qui ont besoin d'être admises dans un FSLD.

Enfin, un nombre croissant de patients sont orientés vers des établissements de soins résidentiels, vaguement appelés « maisons de retraite », mais certains de ces établissements ne sont pas en mesure d'obtenir une licence de maison de retraite<sup>64</sup> et fonctionnent en fait dans l'illégalité. D'autres fonctionnent comme des foyers de groupe sans licence. Les soins dispensés dans ces établissements ne sont pas non plus régis par une quelconque législation ou norme.

Ces unités et installations doivent répondre à d'autres critères légaux, tels que les codes de santé publique et de sécurité incendie. En cas de problème dans ces domaines, les unités de santé publique et les services d'incendie peuvent être contactés pour obtenir de l'aide.

---

<sup>63</sup> Il peut être difficile de déterminer le statut de ces établissements, car certains font partie d'un hôpital, d'autres non, et il n'y a souvent pas de moyen clair de le déterminer, car pendant le COVID, les hôpitaux étaient autorisés à désigner des espaces dans les maisons de retraite et les hôtels comme faisant partie de l'hôpital. Ces unités ne sont PAS répertoriées sur le site web du gouvernement qui répertorie les emplacements des hôpitaux publics et peuvent être occupées par des employés de l'hôpital ou de tierces parties. Nous avons également rencontré des problèmes liés à ces unités qui, dans certaines situations, tentent de fonctionner de manière non hospitalière. En cas de doute, nous vous conseillons de demander un avis juridique sur le statut des lits.

<sup>64</sup> Les licences peuvent être vérifiées à l'adresse suivante : <[www.rhra.ca](http://www.rhra.ca)>.

En définitive, les patients jugés éligibles pour une admission en FSLD ne sont pas tenus d'opter pour l'un de ces « choix » en dehors du système de santé lorsqu'ils sont jugés éligibles et doivent être admis dans un établissement de FSLD. C'est quelque chose que quelqu'un peut souhaiter faire si cela répond à ses besoins. Il faut également savoir que si vous êtes admis dans l'une de ces unités, vous n'êtes pas assuré d'appartenir à la catégorie de crise pour être admis dans le foyer de votre choix. Vous devrez en discuter avec le coordinateur des placements avant d'accepter un tel lit.

#### **d. Mauvaise information concernant les choix de logement**

Les hôpitaux/SDO ont souvent des « politiques » que les patients/MS en NSA doivent respecter lorsqu'ils choisissent un établissement de soins de longue durée. Par exemple, on dit souvent aux patients/MS qu'ils doivent choisir un certain nombre d'établissements de soins de longue durée ou qu'ils doivent choisir des établissements de soins de longue durée à partir d'une liste restreinte, et que s'ils ne le font pas, leur demande ne sera pas « acceptée » par le coordinateur des placements. Cela n'est pas légal.

Il n'y a pas d'obligation pour un patient en NSA/MS de choisir un certain nombre d'établissements de soins de longue durée ou de sélectionner des établissements de soins de longue durée à partir d'une liste restreinte. De nombreux EHPAD figurant sur les « listes restreintes » sont des établissements dont les lits sont inutilisés et dont les listes d'attente sont courtes, parce qu'ils ont du mal à attirer des résidents pour une raison ou pour une autre. Par exemple, l'établissement de soins de longue durée peut être mal situé, l'installation physique peut poser problème en raison de son âge ou de son manque d'entretien, ou son dossier d'inspection peut être médiocre.<sup>65</sup>

Bien qu'on leur dise qu'ils « doivent » se conformer à ces « politiques », ce n'est pas le cas. Le consentement ne serait pas conforme aux exigences légales en matière de consentement éclairé, car il serait fondé sur des informations erronées.<sup>66</sup> En outre, si un MS devait donner un consentement de substitution à l'admission dans un établissement de soins de longue durée dans lequel le patient en NSA, bien que capable, a clairement indiqué qu'il ne souhaitait pas être admis, ou que le MS ne pensait pas pouvoir répondre à ses besoins, il serait en violation de l'article 42 de la *Loi sur les soins de santé*, car il violerait les principes régissant l'octroi ou le refus d'un consentement de substitution. Bien que le coordinateur des placements de SDO puisse demander et autoriser l'admission d'un patient dans un établissement de soins de longue durée

---

<sup>65</sup> Les rapports d'inspection des établissements de soins de longue durée sont disponibles sur le site web du ministère des soins de longue durée :

<<http://publicreporting.ltc homes.net/en-ca/default.aspx>>.

<sup>66</sup> *LFSLD*, art. 52.

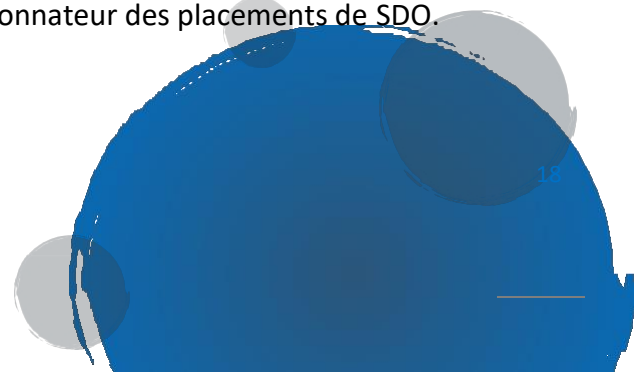


choisi par le coordinateur du placement sans le consentement du patient/de la personne malade dans certaines circonstances, le patient/la personne malade n'est pas « tenu(e) » de choisir un établissement de soins de longue durée qui n'est pas satisfaisant et dans lequel il/elle ne veut pas aller.

Il est également important de comprendre que tout établissement de soins de longue durée qu'un patient ou une personne âgée mentionne sur sa feuille de choix (même ceux qu'il est contraint d'ajouter à partir d'une « liste restreinte » dont on lui dit qu'elle ne sera que temporaire) devient l'un de ses « foyers préférés ». Si un patient est ensuite admis dans ce foyer, il n'est plus désigné comme étant sur la liste de crise en vue d'un transfert vers un autre établissement de FSLD, puisqu'il s'agit d'un foyer qu'il a « choisi ». Par conséquent, il est peu probable que le patient soit jamais transféré dans l'un des établissements qu'il a choisis, car les personnes en situation de crise auront toujours la priorité. En revanche, dans les cas où le coordinateur de placement choisit des foyers sans le consentement du patient/du MS et que le patient est admis dans ce foyer, le patient conserve son statut de crise pour un maximum de cinq choix de foyers. Bien que les personnes désignées comme étant en situation de crise à l'hôpital et dans la communauté en attendant d'être admises dans un établissement de FSLD aient toujours la priorité dans la catégorie des personnes en situation de crise, ces personnes ont plus de chances d'être transférées dans l'un des foyers qu'elles préfèrent vraiment que celles qui ont été contraintes par le coordonnateur du placement de « choisir » un ou plusieurs foyers présélectionnés, perdant ainsi leur statut de personne en situation de crise en vue d'un transfert.

Ensuite, on dit à certains patients/MS qu'un patient hospitalisé ne peut pas être désigné comme étant en situation de crise à l'hôpital pour être admis dans un établissement de soins de longue durée ou qu'il ne peut être désigné comme étant en situation de crise que si le patient choisit des foyers conformément à une « politique » de l'hôpital. Ce n'est pas vrai et ce n'est pas légal. Il n'existe aucune obligation pour un patient de se conformer à une politique hospitalière illégale pour être désigné comme étant en situation de crise pour l'admission dans un établissement de soins de longue durée à l'hôpital. La loi est claire : les coordinateurs de placement de SDO doivent désigner tous les patients en NSA hospitalisés en attente d'une admission en FSLD comme étant en situation de crise pour tous les établissements de FSLD figurant sur leur liste de choix.

Encore une fois, il incombe au coordonnateur des placements de SDO de veiller à ce que le consentement à l'admission dans un établissement de FSLD soit valide, c'est-à-dire conforme à la *LFSLD* et à la *LCSS*. Si les « choix » de FSLD sont faits sur la base d'informations erronées, par exemple si l'on dit aux patients/MS ou en NSA qu'ils « doivent » choisir un certain nombre de foyers ou qu'ils « doivent » choisir des foyers à partir d'une liste restreinte, le consentement n'est pas juridiquement valide et ne peut être accepté par le coordonnateur des placements de SDO.



Lorsqu'un coordinateur de placement de SDO ne respecte pas la loi, une plainte doit être déposée directement auprès de la direction de SDO, ainsi qu'auprès de la Ligne ACTION des Soins de longue durée (Tél. : 1-866-434-0144). Bien que le ministère des soins de longue durée n'inspecte pas directement les hôpitaux, nous recommandons également que les plaintes concernant les politiques illégales de placement à l'hôpital soient envoyées aux ministères de la santé et des soins de longue durée.

#### **e. Problèmes liés à la prise en charge du NSA par les hôpitaux**

Le ticket modérateur pour les soins chroniques (parfois appelé ticket modérateur pour un autre niveau de soins ou « NSA ») est un montant que l'hôpital peut facturer aux patients en NSA pour les frais de repas et d'hébergement dans certaines circonstances pendant leur séjour à l'hôpital, conformément à l'article 10 du règlement d'application de la *loi sur l'assurance maladie*.<sup>67</sup> Il s'agit du même montant maximum que celui facturé aux résidents en hébergement de base dans les établissements de soins de longue durée, sous réserve de toute réduction tarifaire applicable. Les réductions de taux dans les hôpitaux sont calculées différemment que dans les établissements de soins de longue durée. À compter du 1er juillet 2024, le montant maximal de la quote-part est de 66,95 \$ par jour ou de 2 036,40 \$ par mois.

La désignation NSA ne signifie pas en soi que le patient peut se voir facturer le ticket modérateur pour les soins chroniques. Un patient en NSA ne peut se voir facturer le ticket modérateur que s'il remplit toutes les conditions énoncées dans le règlement.<sup>68</sup> Tout d'abord, un médecin doit désigner le patient comme étant en soins chroniques ou résidant de manière plus ou moins permanente dans un hôpital ou un établissement de soins de longue durée. Deuxièmement, le patient doit recevoir des services hospitaliers assurés dans une certaine catégorie d'hôpital, comme le prévoit le règlement. En outre, certains patients ne peuvent pas se voir facturer le ticket modérateur, comme les patients bénéficiant d'une aide au revenu du POSPH/OT, les patients recevant des soins palliatifs,<sup>69</sup> les patients admis à l'hôpital en vertu de la *loi sur la santé mentale*,<sup>70</sup> les patients placés dans un lit de réadaptation à flux lent, ou les patients dont la destination finale de sortie est le retour dans la communauté.<sup>71</sup> Il est très fréquent que les hôpitaux essaient de faire payer le ticket modérateur aux patients alors que ceux-ci en sont exemptés.

---

<sup>67</sup> R.R.O. 1990, Reg. 552, art. 10.

<sup>68</sup> Reg. 552, art. 10(1) & (2)

<sup>69</sup> Il n'est pas nécessaire que le patient soit admis en tant que patient en soins palliatifs pour que les exemptions s'appliquent.

<sup>70</sup> *Loi sur l'assurance maladie*, L.R.O. 1990, c. H.6, art. 46.

<sup>71</sup> Cela inclut les patients qui attendent un lit de convalescence de courte durée dans un établissement de soins de longue durée ou des soins à domicile, un logement supervisé, une maison de retraite, etc.

Des réductions tarifaires sont accordées aux patients à faible revenu et aux patients ayant des personnes à charge. La réduction tarifaire est calculée sur la base du revenu imposable actuel estimé du patient, diminué d'une allocation de confort de 149 dollars par mois pour couvrir les dépenses personnelles.<sup>72</sup> Une preuve de revenu doit être fournie, qui peut être un relevé bancaire, un avis de cotisation d'impôt sur le revenu, etc. Si l'on utilise un avis d'imposition, le revenu imposable est calculé à la ligne 260. (Voici des exemples de revenus non imposables qui ne peuvent pas être inclus dans le calcul : Supplément de revenu garanti, allocation au conjoint ou au survivant en vertu de la pension de la Sécurité de la vieillesse (SV), paiements du programme GAINS de l'Ontario, paiements de la CSPAAT, prestations universelles pour la garde d'enfants et paiements d'un régime enregistré d'épargne-invalidité (REEI)). Il est très fréquent que les hôpitaux surfacturent les patients, car les administrateurs ne sont pas correctement formés à la réduction des tarifs et leur travail n'est pas contrôlé.

En général, le calcul d'une réduction de taux est basé uniquement sur le revenu du patient. Si le conjoint d'un patient a un revenu élevé, le revenu du conjoint ne peut pas être inclus dans le calcul de la réduction du taux du patient. Toutefois, s'il y a des personnes à charge telles que définies dans les règlements<sup>73</sup> et que leur inclusion permettrait de réduire le taux que le patient doit payer, il convient de le faire. La réduction du taux pour les personnes à charge qualifiées (c'est-à-dire les conjoints de moins de 65 ans et les enfants de moins de 18 ans) des patients hospitalisés est plus généreuse que celle offerte dans les établissements de soins de longue durée.<sup>74</sup> Lorsqu'il y a un conjoint âgé de 65 ans ou plus, s'il a droit à la SV ou au SRG, il n'est pas considéré comme une personne à charge ; toutefois, s'il a un revenu très faible, il peut également prétendre à une petite réduction de taux.<sup>75</sup>

Ensuite, il est fréquent que les hôpitaux n'informent pas le patient bénéficiant du NSA ou son avocat des biens qu'ils vont commencer à facturer le ticket modérateur ; ou bien, ils ne facturent pas le ticket modérateur (souvent en raison de litiges sur la destination de sortie du patient) et essaient ensuite de l'« antidater » illégalement jusqu'au moment où ils prétendent qu'il « aurait dû » être facturé pour la première fois. Dans ce cas, le patient ou son avocat pour les biens

---

<sup>72</sup> Ce taux est différent de celui des établissements de soins de longue durée, qui est calculé sur la base du REVENU NET figurant sur l'avis d'imposition de l'année précédente.

<sup>73</sup> Reg. 552, art. 10(11).

<sup>74</sup> Le formulaire à remplir est le formulaire 3264-54 E/F « Formulaire de prise en charge des soins chroniques à l'hôpital »

<sup>75</sup> Le formulaire à remplir est le formulaire 3266-54 « Demande de réduction des quotes-parts ».

doivent se plaindre à l'hôpital et ne payer qu'à partir de la date à laquelle ils ont été informés de l'application d'un ticket modérateur.

Les hôpitaux peuvent également « exiger » des membres de la famille qu'ils signent un accord de garantie dans lequel ils acceptent d'être personnellement responsables de tout ticket modérateur ou de tout autre frais d'hospitalisation. Cette pratique n'est pas légale. Le ticket modérateur n'est dû que par le patient.<sup>76</sup> Les membres de la famille, les MJC et les avocats des biens ne sont pas responsables du paiement du ticket modérateur pour les soins chroniques et ne doivent pas signer ces accords.

Enfin, lorsqu'un patient dispose d'une assurance privée pour couvrir le coût d'une chambre privée ou semi-privée à l'hôpital, il doit savoir que les compagnies d'assurance ne couvrent généralement pas le coût d'une chambre privée ou semi-privée une fois que le patient est désigné comme « NSA ». Le patient doit immédiatement contacter sa compagnie d'assurance pour vérifier sa couverture, et s'il n'est pas couvert, il doit notifier à l'hôpital qu'il ne veut plus de chambre privée ou semi-privée. Dans le cas contraire, il pourrait être tenu personnellement responsable du coût d'une chambre privée ou semi-privée à l'hôpital, qui peut s'élever à plusieurs centaines de dollars par jour.

## **CONCLUSION**

Malheureusement, les patients et leurs représentants légaux sont souvent mal informés sur la procédure de demande d'admission dans un établissement de soins de longue durée à partir de l'hôpital. Le problème n'a été qu'exacerbé par l'adoption du projet de loi 7, qui peut entraîner la suppression du droit fondamental de choix et de consentement des patients hospitalisés dans le cadre du processus de placement. Nous espérons qu'en disposant d'informations juridiques correctes, les patients bénéficiant d'un SLA et leurs MS disposeront des outils nécessaires pour mieux défendre les droits du patient pendant cette période extrêmement difficile.

---

<sup>76</sup>Reg. 552, art. 10.

