



**Ministry of Health and
Long-Term Care**

**Inspection Report
under the *Long-Term
Care Homes Act, 2007***

Ottawa Service Area Office
347 Preston St, Suite 420
Ottawa ON K1S 3J4
Telephone: 613-569-5602
Facsimile: 613-569-9670

**Ministère de la Santé et
des Soins de longue
durée**

**Rapport d'inspection
prévu par la *Loi de 2007
sur les foyers de soins de
longue durée***

Bureau régional de services d'Ottawa
347, rue Preston, bureau 420
Ottawa ON K1S 3J4
Téléphone : 613 569-5602
Télécopieur : 613 569-9670

**Long-Term Care Homes Division
Long-Term Care Inspections Branch**

**Division des foyers de soins de longue durée
Inspection de soins de longue durée**

Copie destinée au public

Date(s) du rapport 6 octobre 2016	Numéro d'inspection 2016_289550_0022	N° de registre 008860-16	Type d'inspection Suivi
Titulaire de permis SOINS CONTINUS BRUYÈRE INC. 43, RUE BRUYÈRE, OTTAWA ON K1N 5C8			
Foyer de soins de longue durée RÉSIDENCE SAINT-LOUIS 879, CHEMIN PARC HIAWATHA OTTAWA ON K1C 2Z6			
Nom de l'inspectrice JOANNE HENRIE (550)			
Résumé de l'inspection			

Cette inspection a été menée dans le cadre d'un suivi.

L'inspection a été effectuée aux dates suivantes : 21, 22, 27, 28, 29 et 30 juin, et 4, 5, 6, 7 et 8 juillet 2016.

Cette inspection de suivi concerne la politique du titulaire de permis relative au code jaune.

Au cours de l'inspection, l'inspectrice s'est entretenue avec les personnes suivantes : directeur général, administratrice et responsable clinique, directrice des soins (DDS), coordonnatrice de l'enseignement, superviseur des services de l'environnement, commis aux achats, coordonnateur du RAI/MDS, plusieurs infirmières autorisées (IA), plusieurs infirmières auxiliaires autorisées (IAA), plusieurs préposées et préposés aux services de soutien à la personne (PSSP).

De plus, l'inspectrice a examiné la politique du titulaire de permis relative au code jaune, ainsi que plusieurs programmes de soins écrits et dossiers médicaux de personnes résidentes.

Les protocoles d'inspection suivants ont été utilisés pendant cette inspection :
Foyer sûr et sécuritaire

Des non-respects ont été constatés au cours de cette inspection.

2AE
0 PRV
1 OC
1 RD
0 OTA

NON-RESPECT DES EXIGENCES

Définitions

AE	— Avis écrit
PRV	— Plan de redressement volontaire
RD	— Renvoi de la question au directeur
OC	— Ordres de conformité
OTA	— Ordres, travaux et activités

Le non-respect des exigences prévues par la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* (LFSLD) a été constaté. (Une exigence de la LFSLD comprend les exigences qui font partie des éléments énumérés au paragraphe 2 (1) de la LFSLD, sous l'intitulé « exigence prévue par la présente loi »).

Le présent document constitue un avis écrit de non-respect aux termes du paragraphe 1 de l'article 152 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* (LFSLD).

**AE n° 1 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 8 du Règl. de l'Ont. 79/10
Respect des politiques et dossiers**

En particulier, il ne s'est pas conformé aux dispositions suivantes :

Par. 8 (1) Lorsque la Loi ou le présent règlement exige que le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée ait, établisse ou par ailleurs mette en place un programme, un plan, une politique, un protocole, une marche à suivre, une stratégie ou un système, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que ceux-ci :

- a) d'une part, soient conformes à toutes les exigences applicables de la Loi et mis en œuvre conformément à celles-ci; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 8 (1).
- b) d'autre part, soient respectés. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 8 (1).

Faits saillants :

1. Conformément à l'alinéa 230 (2) (4)vii du Règlement de l'Ontario 79/10, le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les plans de mesures d'urgence du foyer soient par écrit. Le titulaire de permis veille à ce que les plans de mesures d'urgence prévoient les disparitions de résidents.

De plus, l'alinéa 8 (1)b) du Règlement de l'Ontario 79/10 indique que lorsque la Loi ou le présent règlement exige que le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée ait, établisse ou par ailleurs mette en place un programme, un plan, une politique, un protocole, une marche à suivre, une stratégie ou un système, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que ceux-ci soient respectés.

Le 17 novembre 2015, le titulaire de permis a fait l'objet d'un ordre de conformité en application de l'alinéa 8 (1)b) du Règlement, parce qu'il n'avait pas respecté sa politique intitulée « Code Yellow : Missing Person » (code jaune : personne portée disparue), lorsqu'une personne résidente n'était pas revenue dans les délais prévus lors d'une absence autorisée. La personne résidente a été trouvée environ neuf heures plus tard, décédée, dehors, sur la propriété du foyer.

**Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
Rapport d'inspection prévu par la *Loi de 2007 sur les
foyers de soins de longue durée***

Le 24 mars 2016, le même ordre de conformité a été émis une deuxième fois, parce que le titulaire de permis n'avait pas effectué toutes les tâches requises mentionnées dans le premier ordre de conformité. L'ordre de conformité de mars 2016 exigeait que le titulaire de permis fasse ce qui suit :

1. Réviser la politique relative au code jaune pour qu'elle comporte des directives et des marches à suivre claires à l'intention du personnel concernant les personnes résidentes qui étaient mentalement capables de quitter l'établissement toutes seules;
2. Identifier toutes les personnes résidentes du foyer qui sont capables de quitter l'établissement toutes seules, et veiller à ce que ce point soit documenté dans leur programme de soins écrit;
3. Veiller à ce qu'un enseignement concernant la version révisée de sa politique « code jaune » soit fourni à tout le personnel et soumettre une liste de tous les membres du personnel, y compris les cadres, employés par le foyer au moment où l'enseignement a été donné, et inclure la date à laquelle on a terminé de donner l'enseignement pour chaque membre du personnel;
4. Soumettre la liste à l'inspectrice au plus tard à 23 h 59 le 26 mai 2016.

La date de conformité à l'ordre de conformité de mars 2016 était le 26 mai 2016. Le 26 juin 2016, l'inspectrice n° 550 a effectué une inspection de suivi; elle a demandé et examiné les documents fournis par l'administratrice. Elle a remarqué que l'on n'avait pas satisfait aux exigences 2, 3 et 4 comme indiqué ci-après.

EXIGENCE 2

Lors d'une entrevue, l'administratrice a indiqué que l'on identifie toutes les personnes résidentes qui ont une note de 0 à 2 sur l'échelle du CPS comme étant des personnes qui seraient capables de quitter le foyer toutes seules, et elle a fourni une liste de ces personnes à l'inspectrice. À partir de cette liste, l'IAA n° 106 a identifié les personnes résidentes n° 008 et 011 comme des personnes connues pour quitter le foyer non accompagnées. L'inspectrice a examiné le dossier médical et le programme de soins écrit des personnes résidentes n° 008 et 011 : il n'y avait pas de mention indiquant que les personnes résidentes étaient réputées capables de quitter le foyer non accompagnées.

L'administratrice a indiqué qu'il était possible que la totalité des programmes de soins écrits n'ait pas été mise à jour pour indiquer que les personnes résidentes figurant sur la liste avaient été jugées capables de quitter le foyer non accompagnées.

EXIGENCES 3 et 4

L'administratrice a indiqué qu'elle n'avait pas soumis le 26 mai 2016, comme on l'avait ordonné, une liste de tous les employés et cadres qui avaient suivi l'enseignement portant sur la version révisée de la politique relative au code jaune. À la demande de l'inspectrice, l'administratrice a fourni la liste en question au moment de l'inspection. L'inspectrice a examiné la liste et remarqué que 8 sur 9 cadres (soit 90 %) et aucun membre du personnel autorisé n'avaient reçu un enseignement sur la nouvelle version révisée de la politique relative au code jaune. L'administratrice a indiqué qu'elle avait offert un enseignement sur la politique relative au code jaune aux PSSP en même temps qu'elle leur avait

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
Rapport d'inspection prévu par la *Loi de 2007 sur les
foyers de soins de longue durée*

donné un enseignement sur un sujet différent à des dates différentes en avril 2016, bien que les PSSP interrogés ne se souvinssent pas d'avoir reçu cet enseignement. L'administratrice a indiqué qu'elle ne donnait pas l'enseignement aux membres de son personnel de soutien, y compris aux membres des services suivants : diététique, entretien ménager, entretien et activités.

Comme le prouve ce qui précède, l'enseignement concernant la version révisée de la politique relative au code jaune n'a pas été donné à tous les employés du foyer, cadres compris. Pas toutes les personnes résidentes identifiées comme étant capables de quitter le foyer toutes seules ont eu leur programme de soins écrit révisé, comme on en a la preuve pour les personnes résidentes n° 008 et 011.

La portée et la gravité de cet ordre de conformité a fait l'objet d'un examen. Le fait que les employés puissent encore ne pas avoir les connaissances requises pour intervenir efficacement et répondre aux besoins de sécurité des personnes résidentes qui peuvent ne pas revenir d'une sortie effectuée en étant non accompagnées représente un danger pour ces personnes résidentes. La non-conformité à l'alinéa 8 (1)b) du Règlement de l'Ontario 79/10 avait précédemment fait l'objet d'un ordre de conformité, lors de l'inspection n° 2015_381592_0022 du 17 novembre 2015, avec une date de conformité au 21 janvier 2016, et cet ordre avait été émis de nouveau comme ordre de conformité lors de l'inspection n° 2016_289550_0008 du 24 mars 2016, avec une date de conformité au 26 mai 2016. [par. 8 (1)]

Autres mesures requises :

L'ordre de conformité n° 001 sera signifié au titulaire de permis. Se reporter à « l'ordonnance ou aux ordonnances de l'inspectrice ».

RD n° 001 – La notification écrite susmentionnée est renvoyée au directeur pour qu'il y donne suite.

AE n° 2 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 130 du Règl. de l'Ont. 79/10.**Sécurité de la réserve de médicaments**

Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que des mesures soient prises pour assurer la sécurité de la réserve de médicaments, notamment les suivantes :

- 1. Tous les endroits où sont entreposés des médicaments sont gardés verrouillés en tout temps quand ils ne sont pas utilisés.**
- 2. Seuls ont accès à ces endroits :**
 - i. les personnes qui peuvent préparer, prescrire ou administrer des médicaments au foyer,**
 - ii. l'administrateur du foyer.**
- 3. Une vérification mensuelle des feuilles de calcul quotidien des substances désignées est effectuée afin de déceler tout écart et de prendre des mesures immédiates, le cas échéant.**
Règl. de l'Ont. 79/10, art. 130.

Faits saillants :

1. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que des mesures soient prises pour assurer la sécurité de la réserve de médicaments, notamment les suivantes :
2. Seuls ont accès à ces endroits :
 - i. les personnes qui peuvent préparer, prescrire ou administrer des médicaments au foyer,
 - ii. l'administrateur du foyer.

L'inspectrice n° 550 a observé le membre du personnel n° S103 qui arrivait à l'unité 4C pour remettre des fournitures. Deux IAA étaient à l'avant de la salle à manger en train d'administrer des médicaments aux personnes résidentes. L'inspectrice a remarqué que l'IAA n° S100 a donné un trousseau de clés au membre du personnel n° S103 qui s'est alors dirigé vers la réserve de médicaments, salle 400-1, qui est située derrière le poste d'infirmières à deux pas de l'endroit où se trouvaient les deux IAA. Il a ouvert la porte de la réserve de médicaments avec les clés qu'on lui avait remises, et a commencé à remplir les étagères de compote de pommes et autres fournitures. L'inspectrice a demandé au membre du personnel n° S103 si on lui donnait toujours les clés pour avoir accès à la réserve de médicaments, et il a dit à l'inspectrice qu'il est un employé du foyer, et qu'on lui donne la clé de la réserve de médicaments quand il a besoin d'y apporter et d'y entreposer des articles.

L'IA n° S101 a indiqué à l'inspectrice que l'on remet toujours la clé au membre du personnel n° S103 pour accéder à la réserve de médicaments quand il doit apporter des fournitures, et que le personnel autorisé n'est pas présent avec lui à ce moment-là.

Lors d'une entrevue, l'administratrice a indiqué à l'inspectrice n° 550 que les IA ne doivent pas remettre la clé à quiconque ne fait pas partie du personnel autorisé pour avoir accès à la réserve de médicaments, et que le personnel autorisé devrait toujours être présent quand une personne autre qu'un membre du personnel autorisé pénètre dans la réserve de médicaments.

Comme le prouve ce qui précède, l'accès à la réserve de médicaments de l'unité 4C n'était pas limité aux personnes qui peuvent préparer, prescrire ou administrer des médicaments au foyer, et à l'administratrice. [art. 130. 2]

Émis le 6 octobre 2016**Signature de l'inspectrice****Original du rapport signé par l'inspectrice.**



**Ministry of Health and
Long-Term Care**

**Ministère de la Santé et
des Soins de longue durée**

Order(s) of the Inspector

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term Care
Homes Act, 2007, S.O. 2007, c.8*

Ordre(s) de l'inspecteur

Aux termes de l'article 153 et/ou
de l'article 154 de la *Loi de 2007 sur les foyers
de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8*

**Long-Term Care Division
Long-Term Care Inspections Branch
Division des foyers de soins de longue durée
Inspection de soins de longue durée**

Copie destinée au public

Nom de l'inspectrice (n°) : JOANNE HENRIE (550)

N° de l'inspection : 2016_289550_0022

Registre n° : 008860-16

Genre d'inspection : Suivi

Date(s) du rapport : 6 octobre 2016

Titulaire de permis : SOINS CONTINUS BRUYÈRE INC.
43, RUE BRUYÈRE, OTTAWA ON K1N 5C8

Foyer de SLD : RÉSIDENCE SAINT-LOUIS
879, CHEMIN PARC HIAWATHA
OTTAWA ON K1C 2Z6

Nom de l'administratrice : Chantale Cameron

Order(s) of the Inspector

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term Care
Homes Act, 2007, S.O. 2007, c.8*

Ordre(s) de l'inspecteur

Aux termes de l'article 153 et/ou
de l'article 154 de la *Loi de 2007 sur les foyers
de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8*

À l'intention de SOINS CONTINUS BRUYÈRE INC., vous êtes tenus par les présentes de vous conformer à l'ordre ou aux ordres suivants d'ici la ou les dates mentionnées ci-dessous :

Ordre n° : 001 **Genre d'ordre :** Ordres de conformité, alinéa 153 (1)a)

Lien vers ordre existant : 2016_289550_0008, OC n° 001

Aux termes du :

Règlement de l'Ontario 79/10, par. 8 (1) Lorsque la Loi ou le présent règlement exige que le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée ait, établisse ou par ailleurs mette en place un programme, un plan, une politique, un protocole, une marche à suivre, une stratégie ou un système, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que ceux-ci :

- a) d'une part, soient conformes à toutes les exigences applicables de la Loi et mis en œuvre conformément à celles-ci;
- b) d'autre part, soient respectés. Règl gl
. de l'Ont. 79/10, par. 8 (1).

Ordre :

Le titulaire de permis doit à la lumière de la version révisée de la politique relative au code jaune :

1. examiner et réviser le programme de soins de chaque personne résidente réputée capable de quitter le foyer en étant non accompagnées pour veiller, si ces personnes résidentes choisissent de profiter de cette autorisation de sortie, à fournir des directives écrites claires si, après être sorties en étant non accompagnées, ces personnes résidentes ne reviennent pas au foyer dans les délais convenus;
2. immédiatement après l'examen de chaque programme de soins, veiller à ce que le personnel qui assume les responsabilités de mettre en œuvre, surveiller ou évaluer les interventions prévues par écrit précédemment mentionnées montre qu'il comprend bien ses responsabilités et les tâches afférentes à la gestion de tels événements.

Le titulaire de permis doit documenter les progrès accomplis pour s'acquitter des tâches susmentionnées et soumettre tous les mois par écrit un rapport d'étape détaillé à l'inspectrice Joanne Henrie par courriel à l'adresse OttawaSAO.MOH@ontario.ca les 15 octobre, novembre et décembre 2016.

Le présent ordre de conformité a été émis précédemment le 17 novembre 2015 et le 24 mars 2016.

Motifs :

1. Conformément à l'alinéa 230 (2) (4)vii du Règlement de l'Ontario 79/10, le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les plans de mesures d'urgence du foyer soient par écrit. Le titulaire de permis veille à ce que les plans de mesures d'urgence prévoient les disparitions de résidents.

De plus, l'alinéa 8 (1)b) du Règlement de l'Ontario 79/10 indique que lorsque la Loi ou le présent règlement exige que le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée ait, établisse ou par ailleurs mette en place un programme, un plan, une politique, un protocole, une marche à suivre, une stratégie ou un système, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que ceux-ci soient respectés.

Le 17 novembre 2015, le titulaire de permis a fait l'objet d'un ordre de conformité en application de l'alinéa 8 (1)b) du Règlement, parce qu'il n'avait pas respecté sa politique intitulée « Code Yellow : Missing Person » (code jaune : personne portée disparue), lorsqu'une personne résidente n'était pas revenue dans les délais prévus lors d'une absence autorisée. La personne résidente a été trouvée environ neuf heures plus tard, décédée, dehors, sur la propriété du foyer.

Le 24 mars 2016, le même ordre de conformité a été émis une deuxième fois, parce que le titulaire de permis n'avait pas effectué toutes les tâches requises mentionnées dans le premier ordre de conformité. L'ordre de conformité de mars 2016 exigeait que le titulaire de permis fasse ce qui suit :

1. Réviser la politique relative au code jaune pour qu'elle comporte des directives et des marches à suivre claires à l'intention du personnel concernant les personnes résidentes qui étaient mentalement capables de quitter l'établissement toutes seules;
2. Identifier toutes les personnes résidentes du foyer qui sont capables de quitter l'établissement toutes seules, et veiller à ce que ce point soit documenté dans leur programme de soins écrit;
3. Veiller à ce qu'un enseignement concernant la version révisée de sa politique « code jaune » soit fourni à tout le personnel et soumettre une liste de tous les membres du personnel, y compris les cadres, employés par le foyer au moment où l'enseignement a été donné, et inclure la date à laquelle on a terminé de donner l'enseignement pour chaque membre du personnel;
4. Soumettre la liste à l'inspectrice au plus tard à 23 h 59 le 26 mai 2016.

La date de conformité à l'ordre de conformité de mars 2016 était le 26 mai 2016. Le 26 juin 2016, l'inspectrice n° 550 a effectué une inspection de suivi; elle a demandé et examiné les documents fournis par l'administratrice. Elle a remarqué que l'on n'avait pas satisfait aux exigences 2, 3 et 4 comme indiqué ci-après.

EXIGENCE 2

Lors d'une entrevue, l'administratrice a indiqué que l'on identifie toutes les personnes résidentes qui ont une note de 0 à 2 sur l'échelle du CPS comme étant des personnes qui seraient capables de quitter le foyer toutes seules, et elle a fourni une liste de ces personnes à l'inspectrice. À partir de

Order(s) of the Inspector

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term Care
Homes Act, 2007, S.O. 2007, c.8*

Ordre(s) de l'inspecteur

Aux termes de l'article 153 et/ou
de l'article 154 de la *Loi de 2007 sur les foyers
de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8*

cette liste, l'IAA n° 106 a identifié les personnes résidentes n° 008 et 011 comme des personnes connues pour quitter le foyer non accompagnées. L'inspectrice a examiné le dossier médical et le programme de soins écrit des personnes résidentes n° 008 et 011 : il n'y avait pas de mention indiquant que les personnes résidentes étaient réputées capables de quitter le foyer non accompagnées.

L'administratrice a indiqué qu'il était possible que la totalité des programmes de soins écrits n'ait pas été mise à jour pour indiquer que les personnes résidentes figurant sur la liste avaient été jugées capables de quitter le foyer non accompagnées.

EXIGENCES 3 et 4

L'administratrice a indiqué qu'elle n'avait pas soumis le 26 mai 2016, comme on l'avait ordonné, une liste de tous les employés et cadres qui avaient suivi l'enseignement portant sur la version révisée de la politique relative au code jaune. À la demande de l'inspectrice, l'administratrice a fourni la liste en question au moment de l'inspection. L'inspectrice a examiné la liste et remarqué que 8 sur 9 cadres (soit 90 %) et aucun membre du personnel autorisé n'avaient reçu un enseignement sur la nouvelle version révisée de la politique relative au code jaune. L'administratrice a indiqué qu'elle avait offert un enseignement sur la politique relative au code jaune aux PSSP en même temps qu'elle leur avait donné un enseignement sur un sujet différent à des dates différentes en avril 2016, bien que les PSSP interrogés ne se souvissent pas d'avoir reçu cet enseignement. L'administratrice a indiqué qu'elle ne donnait pas l'enseignement aux membres de son personnel de soutien, y compris aux membres des services suivants : diététique, entretien ménager, entretien et activités.

Comme le prouve ce qui précède, l'enseignement concernant la version révisée de la politique relative au code jaune n'a pas été donné à tous les employés du foyer, cadres compris. Pas toutes les personnes résidentes identifiées comme étant capables de quitter le foyer toutes seules ont eu leur programme de soins écrit révisé, comme on en a la preuve pour les personnes résidentes n° 008 et 011.

La portée et la gravité de cet ordre de conformité ont fait l'objet d'un examen. Le fait que les employés puissent encore ne pas avoir les connaissances requises pour intervenir efficacement et répondre aux besoins de sécurité des personnes résidentes qui peuvent ne pas revenir d'une sortie effectuée en étant non accompagnées représente un danger pour ces personnes résidentes. La non-conformité à l'alinéa 8 (1)b) du Règlement de l'Ontario 79/10 avait précédemment fait l'objet d'un ordre de conformité, lors de l'inspection n° 2015_381592_0022 du 17 novembre 2015, avec une date de conformité au 21 janvier 2016, et cet ordre avait été émis de nouveau comme ordre de conformité lors de l'inspection n° 2016_289550_0008 du 24 mars 2016, avec une date de conformité au 26 mai 2016. [par. 8 (1)]

Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le : 30 décembre 2016



**Ministry of Health and
Long-Term Care**

**Ministère de la Santé et
des Soins de longue durée**

Order(s) of the Inspector

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term Care
Homes Act, 2007*, S.O. 2007, c.8

Ordre(s) de l'inspecteur

Aux termes de l'article 153 et/ou
de l'article 154 de la *Loi de 2007 sur les foyers
de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8

RENSEIGNEMENTS SUR LE RÉEXAMEN/L'APPEL

PRENDRE AVIS

En vertu de l'article 163 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, le titulaire de permis peut demander au directeur de réexaminer l'ordre ou les ordres qu'il a donnés et d'en suspendre l'exécution.

La demande de réexamen doit être présentée par écrit et est signifiée au directeur dans les 28 jours qui suivent la signification de l'ordre au titulaire de permis.

La demande de réexamen doit contenir ce qui suit :

- a) les parties de l'ordre qui font l'objet de la demande de réexamen;
- b) les observations que le titulaire de permis souhaite que le directeur examine;
- c) l'adresse du titulaire de permis aux fins de signification.

La demande écrite est signifiée en personne ou envoyée par courrier recommandé ou par télécopieur au :

Directeur
a/s du coordinateur des appels
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
1075, rue Bay, 11^e étage
Toronto ON M5S-2B1
Télécopieur : 416 327-7603



**Ministry of Health and
Long-Term Care**

**Ministère de la Santé et
des Soins de longue durée**

Order(s) of the Inspector

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term Care
Homes Act, 2007, S.O. 2007, c.8*

Ordre(s) de l'inspecteur

Aux termes de l'article 153 et/ou
de l'article 154 de la *Loi de 2007 sur les foyers
de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8*

Les demandes envoyées par courrier recommandé sont réputées avoir été signifiées le cinquième jour suivant l'envoi et, en cas de transmission par télécopieur, la signification est réputée faite le jour ouvrable suivant l'envoi. Si le titulaire de permis ne reçoit pas d'avis écrit de la décision du directeur dans les 28 jours suivant la signification de la demande de réexamen, l'ordre ou les ordres sont réputés confirmés par le directeur. Dans ce cas, le titulaire de permis est réputé avoir reçu une copie de la décision avant l'expiration du délai de 28 jours.

En vertu de l'article 164 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, le titulaire de permis a le droit d'interjeter appel, auprès de la Commission d'appel et de révision des services de santé, de la décision rendue par le directeur au sujet d'une demande de réexamen d'un ordre ou d'ordres donnés par un inspecteur. La Commission est un tribunal indépendant du ministère. Il a été établi en vertu de la loi et il a pour mandat de trancher des litiges concernant les services de santé. Le titulaire de permis qui décide de demander une audience doit, dans les 28 jours qui suivent celui où lui a été signifié l'avis de décision du directeur, faire parvenir un avis d'appel écrit aux deux endroits suivants :

À l'attention du registraire
Commission d'appel et de révision
des services de santé
151, rue Bloor Ouest, 9e étage
Toronto (Ontario) M5S 2T5

Directeur
a/s du coordinateur des appels
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue
durée
Ministère de la Santé et des Soins de longue
durée 1075, rue Bay, 11^e étage
Ontario ON M5S 2B1
Télécopieur : 416 327-7603



**Ministry of Health and
Long-Term Care**

**Ministère de la Santé et
des Soins de longue durée**

Order(s) of the Inspector

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term Care
Homes Act, 2007*, S.O. 2007, c.8

Ordre(s) de l'inspecteur

Aux termes de l'article 153 et/ou
de l'article 154 de la *Loi de 2007 sur les foyers
de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8

La Commission accusera réception des avis d'appel et transmettra des instructions sur la façon de procéder pour interjeter appel. Les titulaires de permis peuvent se renseigner sur la Commission d'appel et de révision des services de santé en consultant son site Web, au www.hsarb.on.ca.

Émis le 6 octobre 2016

Signature de l'inspectrice :

Nom de l'inspectrice : Joanne Henrie

Bureau régional de services : Bureau régional de services d'Ottawa