



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

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

Ministry of Health and Long-Term Care
Health System Accountability and Performance Division
Performance Improvement and Compliance Branch

Ottawa Service Area Office
347 Preston St., 4th Floor
Ottawa ON K1S 3J4

Bureau régional de services d'Ottawa
347, rue Preston, 4^e étage
Ottawa (Ontario) K1S 3J4

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

Division de la responsabilisation et de la performance du
système de santé
Direction de l'amélioration de la performance et de la
conformité

Telephone: 613-569-5602
Facsimile: 613-569-9670

Téléphone : 613 569-5602
Télécopieur : 613 569-9670

<input type="checkbox"/> Copie du titulaire de permis	<input checked="" type="checkbox"/> Copie destinée au public
---	--

Date(s) d'inspection 4 juillet 2013	Numéro d'inspection 2013_225126_0008	Type d'inspection Système d'incident grave (Registre O-000279-13, O-000375-13)
---	--	--

Titulaire de permis
CENTRE D'ACCUEIL ROGER SEGUIN
435, rue Lemay, Clarence Creek (Ontario) K0A 1N0

Foyer de soins de longue durée
435, rue Lemay, Clarence Creek (Ontario) K0A 1N0

Inspecteur(s)
LINDA HARKINS (126)

Résumé de l'inspection

Cette inspection a été menée dans le cadre d'un système d'incident grave.

Elle a eu lieu les 13 et 14 juin 2013.

Au cours de l'inspection, l'inspecteur s'est entretenu avec l'administrateur, le directeur des soins, la directrice adjointe des soins, plusieurs membres du personnel infirmier autorisé, plusieurs préposés aux services de soutien à la personne et deux résidents.

Au cours de l'inspection, l'inspecteur a examiné le dossier de santé de deux résidents et observé les soins et les services fournis aux résidents. Les politiques suivantes ont été examinées :

- « Étiquetage des médicaments » (SD-INF 2124);
- « Blessure à la tête » (Protocole 6010);
- « documentation et révisions d'ordonnance » (Index n° 42).

Au cours de cette inspection, deux incidents graves ont été examinés :
registre n° O-000375-13 CI 516-000012-13;
registre n° O-000279-13 CI 516-000009-13.

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

- prévention des chutes;
- médicaments.

Un ou plusieurs non-respects ont été constatés au cours de cette inspection.

NON-RESPECTS**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 présent document constitue un avis écrit de non-respect de la disposition 1 de l'article 152 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* (LFSLD).

Un non-respect des exigences prévues par la LFSLD a été constaté. Une exigence prévue par la LFSLD s'entend d'une exigence telle que définie au paragraphe 2 (1) de la LFSLD, sous l'intitulé « exigence prévue par la présente loi ».

AE n° 1 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 8 (Respect des politiques et dossiers).

En particulier, le titulaire de permis n'a pas respecté les 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;

b) d'autre part, soient respectés. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 8 (1).

Constatations :

1. Le titulaire de permis n'a pas respecté l'alinéa 8 (1) b du Règl. de l'Ont. 79/10 dans la mesure où le foyer n'a pas assuré l'observation des politiques suivantes :

administration de médicaments : *Étiquetage des médicaments* (SD-INF 2124);
Blessure à la tête (Protocole 6010).

Conformément au Règl. 79/10, par. 114 (2), le titulaire de permis veille à ce que des politiques et des protocoles écrits soient élaborés pour le système de gestion des médicaments afin d'assurer que tous les médicaments utilisés au foyer soient acquis, préparés, reçus, entreposés, administrés, détruits et éliminés de façon rigoureuse.

Conformément au Règl. 79/10, alinéa 30 (1) 1, il faut que soit consignée par écrit une description du programme qui comprend ses buts et objectifs ainsi que ses lignes directrices, marches à suivre et protocoles pertinents et qui prévoit des méthodes permettant de réduire les risques et de surveiller les résultats, notamment des protocoles qui permettent de diriger les résidents vers des ressources spécialisées au besoin.

Un jour de mars 2013, la directrice adjointe des soins a noté que la pharmacie avait envoyé un flacon d'antidépresseur pour le résident n° 1. Elle a immédiatement appelé la pharmacie et avisé le pharmacien que le résident n° 1 n'était pas aux antidépresseurs et qu'il n'y avait pas d'ordonnance du médecin pour ce médicament. La pharmacie a préparé pour le résident n° 1 une bande alvéolée contenant une provision d'antidépresseur de sept jours en mars 2013 bien qu'elle ait été informée par la directrice adjointe des soins, quelques jours auparavant, que ce médicament n'avait pas été prescrit au résident n° 1.

Durant la distribution des médicaments un matin de mars 2013, l'employé n° 100 a constaté la présence, dans la bande de médicament alvéolée du résident n° 1, d'un comprimé supplémentaire qu'il a identifié comme étant un antidépresseur. L'employé n° 100 a informé la directrice adjointe des soins que la bande de médicament alvéolée contenait un antidépresseur pour le résident n° 1. La directrice adjointe des soins a fait un suivi auprès des infirmières qui ont administré les médicaments au résident n° 1 durant cette période en mars 2013. Il a été déterminé que les employés nos 101, 102 et 103 avaient administré l'antidépresseur au résident n° 1 pendant quatre jours.

L'état du résident n° 1 se détériorait pendant ce temps, celui-ci ayant eu des hallucinations visuelles, des nausées et des vomissements et éprouvé une perte d'équilibre qui a entraîné une chute un jour de mars 2013. L'état du résident n° 1 s'est amélioré deux jours plus tard sans effet indésirable apparent.

L'employé n° 101 membre du personnel infirmier a été interrogé par l'inspecteur n° 126 et a expliqué que, dans l'exercice de ses fonctions, il/elle ne vérifiait que les médicaments à administrer conformément à la fiche d'administration des médicaments et ne comptait pas le nombre de cachets contenus dans la bande alvéolée. Les employés nos 102 et 103 n'ont pas été interrogés parce qu'ils n'étaient pas présents au foyer au moment de l'inspection.

Les employés nos 101, 102 et 103 n'ont pas suivi la politique relative à l'administration des médicaments (SDINF 2124) dans la mesure où ils n'ont pas veillé à ce que le bon médicament soit administré au résident n° 1.

2. Un soir de mars 2013, le résident n° 1 est tombé et s'est cogné la tête. L'application du protocole concernant les blessures à la tête a alors été amorcée. La politique *Blessure à la tête* (protocole 6010) exige que le résident soit observé toutes les deux heures durant les premières 24 heures et que durant cette période il soit réveillé toutes les deux heures la nuit.

Ce soir-là, l'employé n° 104 n'a pas réveillé le résident n° 1 à 22 h 30. Il est documenté dans la fiche de surveillance neurologique que le résident n° 1 dormait.

Durant la nuit suivant la chute, l'employé n° 105 n'a pas réveillé le résident n° 1 entre 1 h 05 et 5 h 10. Il est documenté dans la fiche de surveillance neurologique que le résident n° 1 dormait.

Le lendemain matin, la directrice adjointe des soins a documenté dans les notes d'évolution qu'il était impossible de réveiller le résident n° 1 mais que celui-ci réagissait aux stimuli douloureux. Le médecin et la famille ont été informés de la chute et de l'erreur de médication.

Deux jours plus tard, la directrice adjointe des soins a documenté dans les notes d'évolution qu'à son observation lors des soins du matin, le résident n° 1 paraissait alerte et bien éveillé. Les employés n°s 104 et 105 ont enfreint la politique relative aux blessures à la tête en omettant de réveiller le résident n° 1 après sa chute.

Autres mesures requises :

L'OC n° 001 sera signifié au titulaire de permis. Voir formulaire « Ordre(s) de l'inspecteur ».

AE n° 2 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, art. 6 (Programme de soins).

En particulier, le titulaire de permis n'a pas respecté les dispositions suivantes :

par. 6 (10) Le titulaire de permis veille à ce que le résident soit réévalué 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 :

- a) un objectif du programme est réalisé;
- b) les besoins du résident en matière de soins évoluent ou les soins prévus dans le programme ne sont plus nécessaires;
- c) les soins prévus dans le programme se sont révélés inefficaces. 2007, chap. 8, par. 6 (10).

Faits saillants :

1. Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, alinéa 6 (10) b) dans la mesure où le foyer n'a pas veillé à ce que le résident n° 2 soit réévalué lorsque ses besoins en matière de soins évoluent.

Dans les notes d'évolution d'un jour de mai 2013, il est documenté par l'employé n° 102 que le résident n° 2 avait une masse au genou et se plaignait de douleur au toucher et que le genou était chaud. Aucune autre note d'évolution n'est documentée dans le dossier de santé à propos de la gestion de la douleur et de la surveillance du genou pendant les deux jours suivants.

Le résident n° 2 a été envoyé à l'hôpital un jour de mai 2013 pour une radiographie qui a abouti à un diagnostic de fracture.

Lors d'un entretien avec la directrice adjointe des soins et le directeur des soins à propos de la gestion de la douleur du résident n° 2, tous deux ont indiqué qu'ils avaient examiné le dossier d'administration des médicaments pour ces jours-là et que le résident n° 2 n'avait pas reçu d'analgésique. [alinéa 6 (10) b)]

Autres mesures requises :

PRV – Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de redressement visant à assurer la conformité de façon à assurer que lorsque l'état du résident évolue, une réévaluation de son état soit faite pour répondre à ses besoins en matière de soins. Ce plan doit être mis en application volontairement.

AE n° 3 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 49 (Prévention et gestion des chutes).

En particulier, le titulaire de permis n'a pas respecté les dispositions suivantes :

par. 49 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le résident qui fait une chute fasse l'objet d'une évaluation et à ce que, lorsque l'état ou la situation de celui-ci l'exige, une autre évaluation soit effectuée au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour les chutes. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 49 (2).

Faits saillants :

1. Le titulaire de permis n'a pas respecté le paragraphe 49 (2) du Règl. de l'Ont. 79/10 dans la mesure où le foyer n'a pas veillé à ce que, lorsqu'un résident fait une chute, il soit évalué au moyen d'un instrument d'évaluation après chute spécialement conçu pour les cas de chute.

Le résident n° 2 a fait deux chutes en février 2013 et aucun instrument d'évaluation après chute n'a été utilisé.

Le directeur des soins a révélé lors d'un entretien que le foyer n'avait pas d'instrument d'évaluation après chute spécialement conçu pour les cas de chute. [par. 49 (2)]

Autres mesures requises :

PRV – Conformément à la disposition 2 de l'article 152 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu de rédiger un plan de redressement visant à assurer la conformité de façon à assurer qu'un instrument d'évaluation après chute soit utilisé lorsqu'un résident fait une chute. Ce plan doit être mis en application volontairement.

AE n° 4 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, art. 131 (Administration des médicaments).

En particulier, le titulaire de permis n'a pas respecté les dispositions suivantes :

par. 131 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qu'aucun médicament ne soit utilisé par un résident du foyer ou ne lui soit administré, à moins que le médicament ne lui ait été prescrit. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 131 (1).

Faits saillants :

1. Le titulaire de permis ne s'est pas conformé au Règl. de l'Ont. 79/10, par. 131 (1) dans la mesure où il a administré un médicament au résident n° 1 sans ordonnance du médecin.

Un jour de mars 2013, la directrice adjointe des soins a noté que la pharmacie avait envoyé un flacon d'antidépresseur pour le résident no 1. Elle a immédiatement appelé la pharmacie et avisé le pharmacien que

le résident no 1 n'était pas aux antidépresseurs et qu'il n'y avait pas d'ordonnance du médecin pour ce médicament. La pharmacie a préparé pour le résident no 1 une bande alvéolée contenant une provision d'antidépresseur de sept jours en mars 2013 bien qu'elle ait été informée par la directrice adjointe des soins, quelques jours auparavant, que ce médicament n'avait pas été prescrit au résident no 1.

Durant la distribution des médicaments un matin de mars 2013, l'employé n° 100 a constaté la présence, dans la bande de médicament alvéolée du résident n° 1, d'un comprimé supplémentaire qu'il a identifié comme étant un antidépresseur. L'employé n° 100 a informé la directrice adjointe des soins que la bande de médicament alvéolée contenait un antidépresseur pour le résident n° 1. La directrice adjointe des soins a fait un suivi auprès des infirmières qui ont administré les médicaments au résident n° 1 durant cette période en mars 2013. Il a été déterminé que les employés nos 101, 102 et 103 avaient administré l'antidépresseur au résident n° 1 pendant quatre jours.

L'état du résident n° 1 se détériorait pendant ce temps, celui-ci ayant eu des hallucinations visuelles, des nausées et des vomissements et éprouvé une perte d'équilibre qui a entraîné une chute un jour de mars 2013. L'état du résident n° 1 s'est amélioré deux jours plus tard sans effet indésirable apparent.

Lors d'un entretien, le directeur des soins a indiqué que les employés nos 101, 102 et 103 avaient fait l'objet de mesures disciplinaires liées à l'erreur de médication concernant le résident n° 1. [par. 131 (1)]

Date de délivrance : 4 juillet 2013

Signature de l'inspecteur

Original signé par Linda Harkins



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

Copie destinée au public

Nom de l'inspecteur :	LINDA HARKINS (126)
N° de l'inspection :	2013_225126_0008
N° de registre :	O-000279-13, O-000375-13
Type d'inspection :	Système d'incident grave
Date du rapport :	4 juillet 2013
Titulaire de permis :	CENTRE D'ACCUEIL ROGER SEGUIN 435, rue Lemay, Clarence Creek (Ontario) K0A 1N0
Foyer de soins de longue durée :	CENTRE D'ACCUEIL ROGER SEGUIN 435, rue Lemay, Clarence Creek (Ontario) K0A 1N0
Nom de l'administrateur :	CHARLES LEFEBVRE

Aux termes du présent document, le **CENTRE D'ACCUEIL ROGER SEGUIN** est tenu de se conformer à l'ordre suivant pour la date indiquée ci-dessous :

N° de l'ordre : 001 Type d'ordre : Ordre de conformité, alinéa 153 (1) a

Lien vers ordre existant : 2013_225126_0008, OC n° 001

Aux termes de :

Règl. de l'Ont. 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. de l'Ont. 79/10, par. 8 (1).



Ministry of Health and Long-Term Care

Health System Accountability and Performance Division
Performance Improvement and Compliance Branch

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Division de la responsabilisation et de la performance du système de santé
Direction de l'amélioration de la performance et de la conformité

Ordre :

Le titulaire de permis veillera à ce que le foyer se conforme aux politiques suivantes :

- 1) Le personnel infirmier autorisé se conformera au protocole « Étiquetage des médicaments ». Le protocole SD-INF 2124 exige que le personnel infirmier autorisé veille à ce que le bon médicament soit administré au bon résident dans tous les cas.
- 2) Le personnel infirmier se conformera au protocole *Blessure à la tête*. Le protocole 6010 exige que le personnel infirmier veille à ce qu'un résident ayant subi une blessure à la tête soit observé toutes les deux heures pendant les premières 24 heures et que durant cette période il soit réveillé toutes les deux heures la nuit.
- 3) Le comité d'amélioration continue de la qualité établira un processus de surveillance lorsque des irrégularités ou des erreurs de préparation se produisent et pour veiller à ce que les médicaments administrés aux résidents soient prescrits par un médecin.

Ce domaine de non-conformité constitue un risque dans la mesure où un tort a été causé au résident n° 1 et celui-ci a été reconnu comme étant d'envergure ponctuelle avec risque de préjudice à un autre résident.

Motifs :

1. Le titulaire de permis n'a pas respecté l'alinéa 8 (1) b du Règl. de l'Ont. 79/10 dans la mesure où le foyer n'a pas assuré l'observation des politiques suivantes :

administration de médicaments : Étiquetage des médicaments (SD-INF 2124);
Blessure à la tête (Protocole 6010).

Conformément au Règl. 79/10, par. 114 (2), le titulaire de permis veille à ce que des politiques et des protocoles écrits soient élaborés pour le système de gestion des médicaments afin d'assurer que tous les médicaments utilisés au foyer soient acquis, préparés, reçus, entreposés, administrés, détruits et éliminés de façon rigoureuse.

Conformément au Règl. 79/10, alinéa 30 (1) 1, il faut que soit consignée par écrit une description du programme qui comprend ses buts et objectifs ainsi que ses lignes directrices, marches à suivre et protocoles pertinents et qui prévoit des méthodes permettant de réduire les risques et de surveiller les résultats, notamment des protocoles qui permettent de diriger les résidents vers des ressources spécialisées au besoin.

Un jour de mars 2013, la directrice adjointe des soins a noté que la pharmacie avait envoyé un flacon d'antidépresseur pour le résident n° 1. Elle a immédiatement appelé la pharmacie et avisé le pharmacien que le résident n° 1 n'était pas aux antidépresseurs et qu'il n'y avait pas d'ordonnance du médecin pour ce médicament. La pharmacie a préparé pour le résident n° 1 une bande alvéolée contenant une provision d'antidépresseur de sept jours en mars 2013 bien qu'elle ait été informée par la directrice adjointe des soins, quelques jours auparavant, que ce médicament n'avait pas été prescrit au résident n° 1.

Durant la distribution des médicaments un matin de mars 2013, l'employé n° 100 a constaté la présence, dans la bande de médicament alvéolée du résident n° 1, d'un comprimé supplémentaire qu'il a identifié comme étant un antidépresseur. L'employé n° 100 a informé la directrice adjointe des soins que la bande de médicament alvéolée contenait un antidépresseur pour le résident n° 1. La directrice adjointe des soins a fait un suivi auprès des infirmières qui ont administré les médicaments au résident n° 1 durant cette période en mars 2013. Il a été déterminé que les employés n°s 101, 102 et 103 avaient administré l'antidépresseur au résident n° 1 pendant quatre jours.



Ministry of Health and Long-Term Care

Health System Accountability and Performance Division
Performance Improvement and Compliance Branch

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Division de la responsabilisation et de la performance du système de santé
Direction de l'amélioration de la performance et de la conformité

L'état du résident n° 1 se détériorait pendant ce temps, celui-ci ayant eu des hallucinations visuelles, des nausées et des vomissements et éprouvé une perte d'équilibre qui a entraîné une chute un jour de mars 2013. L'état du résident n° 1 s'est amélioré deux jours plus tard sans effet indésirable apparent.

L'employé n° 101 membre du personnel infirmier a été interrogé par l'inspecteur n° 126 et a expliqué que, dans l'exercice de ses fonctions, il/elle ne vérifiait que les médicaments à administrer conformément à la fiche d'administration des médicaments et ne comptait pas le nombre de cachets contenus dans la bande alvéolée. Les employés n°s 102 et 103 n'ont pas été interrogés parce qu'ils n'étaient pas présents au foyer au moment de l'inspection.

Les employés n°s 101, 102 et 103 n'ont pas suivi la politique relative à l'administration des médicaments (SDINF 2124) dans la mesure où ils n'ont pas veillé à ce que le bon médicament soit administré au résident n° 1.

2. Un soir de mars 2013, le résident n° 1 est tombé et s'est cogné la tête. L'application du protocole concernant les blessures à la tête a alors été amorcée. La politique *Blessure à la tête* (protocole 6010) exige que le résident soit observé toutes les deux heures durant les premières 24 heures et que durant cette période il soit réveillé toutes les deux heures la nuit.

Ce soir-là, l'employé n° 104 n'a pas réveillé le résident n° 1 à 22 h 30. Il est documenté dans la fiche de surveillance neurologique que le résident n° 1 dormait.

Durant la nuit suivant la chute, l'employé n° 105 n'a pas réveillé le résident n° 1 entre 1 h 05 et 5 h 10. Il est documenté dans la fiche de surveillance neurologique que le résident n° 1 dormait.

Le lendemain matin, la directrice adjointe des soins a documenté dans les notes d'évolution qu'il était impossible de réveiller le résident n° 1 mais que celui-ci réagissait aux stimuli douloureux. Le médecin et la famille ont été informés de la chute et de l'erreur de médication.

Deux jours plus tard, la directrice adjointe des soins a documenté dans les notes d'évolution qu'à son observation lors des soins du matin, le résident n° 1 paraissait alerte et bien éveillé. Les employés n°s 104 et 105 n'ont pas suivi la politique relative aux blessures à la tête en omettant de réveiller le résident n° 1 après sa chute.

Les employés n°s 104 et 105 ont enfreint la politique relative aux blessures à la tête en omettant de réveiller le résident n° 1 après sa chute.

Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le : 5 août 2013



Ministry of Health and Long-Term Care

Health System Accountability and Performance Division
Performance Improvement and Compliance Branch

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Division de la responsabilisation et de la performance du système de santé
Direction de l'amélioration de la performance et de la conformité

RÉEXAMEN ET APPELS

AVIS IMPORTANT :

Conformément à l'article 163 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, le titulaire de permis a le droit de demander au directeur de réexaminer un ordre et de suspendre celui-ci.

La demande de réexamen doit être présentée par écrit et 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 :

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

La demande écrite de réexamen doit être remise en main propre, envoyée par courrier recommandé ou transmise par télécopieur aux coordonnées suivantes :

Directeur

a.s. du commis aux appels

Direction de l'amélioration de la performance et de la conformité

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

1075, rue Bay, 11^e étage

Toronto (Ontario) M4V 2Y2

Télécopieur : 416 327-7603

La signification par courrier recommandé est réputée avoir été reçue le cinquième jour qui suit la date de son envoi par la poste. La signification par télécopieur est réputée avoir été reçue le premier jour ouvrable qui suit la date de son envoi par télécopieur. Si le titulaire de permis n'a pas reçu l'avis écrit de la décision du directeur dans les 28 jours suivant la réception de la demande de réexamen du titulaire de permis, chaque ordre est considéré comme confirmé par le directeur et le titulaire de permis est réputé avoir reçu une copie de cette décision à l'expiration de la période de 28 jours.

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 du directeur relative à une demande de réexamen d'un ordre d'inspecteur, conformément à l'article 164 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*. La Commission d'appel et de révision des services de santé est constituée de personnes indépendantes n'ayant aucun lien avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Ces personnes sont désignées par la loi afin d'examiner des cas relatifs aux services de soins de santé. Si le titulaire de permis décide de demander une audience, il doit, dans les 28 jours suivant la réception de l'avis de la décision du directeur, déposer en main propre ou envoyer par courrier postal un avis écrit d'appel aux deux destinataires suivants :

Commission d'appel et de révision des services de santé

À l'attention du greffier

151, rue Bloor Ouest, 9^e étage

Toronto (Ontario) M5S 2T5

et

Directeur

a.s. du commis aux appels

Direction de l'amélioration de la performance et de la conformité

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

1075, rue Bay, 11^e étage

Toronto (Ontario) M4V 2Y2

Télécopieur : 416 327-7603

La Commission d'appel et de révision des services de santé accusera réception de l'avis d'appel du titulaire de permis et lui communiquera les instructions concernant la procédure d'appel. Le titulaire de permis peut obtenir des renseignements supplémentaires sur la Commission d'appel et de révision des services de santé dans le site Web www.hsarb.on.ca.

Date de délivrance : 9 août 2013

Signature de l'inspecteur : Original signé par

Nom de l'inspecteur : LINDA HARKINS

Bureau régional de services : Ottawa