

Rapport public

Date d'émission du rapport : 12 mars 2026

Numéro d'inspection : 2026-1530-0002

Type d'inspection :

Plainte

Incident critique

Titulaire de permis : Conseil de gestion du district de Parry Sound Ouest

Foyer de soins de longue durée et ville : Belvedere Heights, Parry Sound

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 2 au 5 mars 2026

L'inspection a eu lieu hors site à la date suivante : 6 mars 2026

L'inspection concernait :

- Un signalement et une plainte concernant la chute d'une personne résidente ayant entraîné une blessure.
- Un signalement en lien avec des allégations de négligence de la part d'un membre du personnel à l'endroit d'une personne résidente

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

Services de soins et de soutien aux personnes résidentes

Gestion de la douleur

Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité n° 001 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 6 (4) b) de la LRSLD

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District du Nord

159, rue Cedar, bureau 403

Sudbury (Ontario) P3E 6A5

Téléphone : 800-663-6965

Programme de soins

Paragraphe 6 (4) – Le titulaire de permis veille à ce que le personnel et les autres personnes qui participent aux différents aspects des soins du résident collaborent ensemble à ce qui suit :

b) l'élaboration et la mise en œuvre du programme de soins de sorte que les différents aspects des soins s'intègrent les uns aux autres, soient compatibles les uns avec les autres et se complètent.

Les membres du personnel et d'autres personnes ont omis de collaborer à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de soins d'une personne résidente de manière à ce que différents aspects des soins soient pris en compte.

Sources : Dossiers médicaux électroniques d'une personne résidente; entretien avec la directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI).

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité n° 002 - Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 6 (7) de la LRSLD

Programme de soins

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

Les membres du personnel ont omis de fournir les soins décrits dans le programme de soins d'une personne résidente en ne répondant pas aux besoins en matière de soins personnels de la personne résidente.

Sources : Rapport du Système de rapport d'incidents critiques (SIC); dossier médical électronique d'une personne résidente; entretiens avec la directrice ou le directeur des opérations et de la conformité et la ou le DSI.

AVIS ÉCRIT : Formation

Problème de conformité n° 003 - Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District du Nord

159, rue Cedar, bureau 403

Sudbury (Ontario) P3E 6A5

Téléphone : 800-663-6965

Non-respect du : paragraphe 82 (2) de la LRSLD

Formation

Paragraphe 82 (2) – Le titulaire de permis veille à ce qu'aucune personne visée au paragraphe (1) n'assume ses responsabilités avant d'avoir reçu une formation dans les domaines mentionnés ci-dessous :

1. La déclaration des droits des résidents.
2. L'énoncé de mission du foyer de soins de longue durée.
3. La politique du foyer de soins de longue durée visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents.
4. L'obligation de faire rapport prévue à l'article 28.
5. Les protections qu'offre l'article 30.
6. La politique du foyer de soins de longue durée visant à réduire au minimum l'utilisation de la contention sur les résidents.
7. La prévention des incendies et la sécurité.
8. Les mesures d'urgence et le plan d'évacuation.
9. La prévention et le contrôle des infections.
10. L'ensemble des lois, des règlements, des politiques du ministère et des documents semblables, y compris les politiques du titulaire de permis, qui se rapportent aux responsabilités de la personne.
11. Les autres domaines que prévoient les règlements.

Un membre du personnel a été embauché à un poste de soins directs. Le foyer n'a pas pu fournir de documentation confirmant que le membre du personnel avait suivi la formation requise avant d'assumer ses responsabilités.

Sources : Dossiers d'embauche et de formation d'un membre du personnel; entretiens avec la ou le DSI et la directrice ou le directeur des opérations et de la conformité.

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 001 – Prévention et gestion des chutes

Problème de conformité n° 004 – Ordre de conformité en vertu de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 54 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Prévention et gestion des chutes

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District du Nord

159, rue Cedar, bureau 403

Sudbury (Ontario) P3E 6A5

Téléphone : 800-663-6965

Paragraphe 54(1) – Le programme de prévention et de gestion des chutes doit au minimum prévoir des stratégies visant à diminuer les chutes ou à en atténuer les effets, notamment par la surveillance des résidents, le réexamen des régimes médicamenteux des résidents, la mise en œuvre de méthodes axées sur les soins de rétablissement et l'utilisation d'équipement, de fournitures, d'appareils et d'accessoires fonctionnels. Règl. de l'Ont. 246/22, paragraphe 54 (1).

L'inspectrice/l'inspecteur ordonne au titulaire de permis de faire ce qui suit : Se conformer à un ordre de conformité [alinéa 155 (1) a) de la LRSLD] :

- 1) Veiller à ce que le personnel concerné passe en revue tous les éléments du programme de prévention des chutes du foyer.
- 2) Élaborer un plan écrit détaillant la manière dont le foyer s'assurera que le personnel concerné démontrera ses compétences en matière d'évaluations et d'interventions liées aux chutes.
- 3) Conserver dans un dossier de l'information sur toutes les activités liées aux points 1 et 2.

Motifs

Dans le contexte de l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis devait voir à ce que l'on mette en place un programme de prévention et de gestion des chutes et à ce que l'on respecte celui-ci.

Plus précisément, les membres du personnel n'ont pas respecté les politiques du foyer en matière de prévention et de gestion des chutes ni les stratégies de transfert visant à réduire les blessures en cas de chute.

Sources : Rapport du SIC; politiques du foyer en matière de prévention et de gestion des chutes; dossier médical électronique d'une personne résidente; dossiers de formation des membres du personnel; entretiens avec la ou le DSI, la directrice ou le directeur des opérations et de la conformité et d'autres membres du personnel.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le : 1^{er} mai 2026

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 002 – Gestion de la douleur

Problème de conformité n° 005 – Ordre de conformité en vertu de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District du Nord

159, rue Cedar, bureau 403

Sudbury (Ontario) P3E 6A5

Téléphone : 800-663-6965

Non-respect du : paragraphe 57 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Gestion de la douleur

Paragraphe 57 (1) – Le programme de gestion de la douleur doit au minimum prévoir ce qui suit :

1. Des méthodes de communication et d'évaluation visant les résidents qui ne peuvent exprimer leur douleur ou qui ont une déficience cognitive.
2. Des stratégies de gestion de la douleur, notamment des interventions non pharmacologiques, ainsi que des fournitures, des appareils et des appareils fonctionnels.
3. Des mesures visant à assurer des soins de confort.
4. La surveillance des réactions des résidents aux stratégies de gestion de la douleur et de l'efficacité de ces stratégies.

L'inspectrice/l'inspecteur ordonne au titulaire de permis de faire ce qui suit : Se conformer à un ordre de conformité [alinéa 155 (1) a) de la LRSLD] :

- 1) Procéder à un examen documenté du programme de gestion de la douleur du foyer, y compris de tous les outils d'évaluation et de gestion. Mettre à jour le programme en fonction des résultats de l'examen et veiller à ce qu'il comprenne des délais clairs pour la réalisation des évaluations. Conserver dans un dossier l'information sur toutes les révisions, y compris les dates et les noms des personnes concernées.
- 2) Élaborer et mettre en œuvre un plan d'action écrit décrivant comment le foyer s'assurera que toutes les personnes résidentes reçoivent des soins conformément au programme de gestion de la douleur mis à jour, et ce, dans les délais requis. Inclure un processus de formation d'appoint concernant les révisions du programme pour les membres du personnel autorisé.

Motifs

Dans le contexte de l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis devait voir à ce qu'on mette en place un programme de gestion de la douleur et qu'on respecte celui-ci.

Plus précisément, les membres du personnel n'ont pas respecté le programme de gestion de la douleur (Pain Management Program) du foyer, qui exige l'utilisation d'outils désignés, pour évaluer et réévaluer la douleur d'une personne résidente, et ont omis de consigner les interventions mises en œuvre.

Sources : Dossiers médicaux d'une personne résidente; politique du programme de

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District du Nord

159, rue Cedar, bureau 403

Sudbury (Ontario) P3E 6A5

Téléphone : 800-663-6965

gestion de la douleur (Pain Management Program) du foyer; entretiens avec la ou le DSI, la directrice ou le directeur des opérations et de la conformité et d'autres membres du personnel.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le : 1^{er} mai 2026

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 003 – Soins palliatifs

Problème de conformité n° 006 – Ordre de conformité en vertu de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 61 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Soins palliatifs

Paragraphe 61 (1) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les besoins du résident en matière de soins palliatifs soient satisfaits conformément au présent article.

L'inspectrice/l'inspecteur ordonne au titulaire de permis de faire ce qui suit : Se conformer à un ordre de conformité [alinéa 155 (1) a) de la LRSLD] :

- 1) Procéder à un examen documenté du programme de soins palliatifs du foyer avec la participation des personnes spécifiées. Veiller à ce que le programme comprenne des délais clairs pour la réalisation des évaluations requises. Conserver dans un dossier l'information sur toutes les révisions, y compris les dates et les noms des personnes concernées.
- 2) En se fondant sur l'examen, élaborer et mettre en œuvre un plan d'action écrit décrivant la manière dont le foyer s'assurera que les personnes résidentes en fin de vie reçoivent les évaluations interdisciplinaires appropriées qui répondent aux besoins spécifiés en matière de soins palliatifs.
- 3) Offrir une formation sur le plan d'action à toutes les personnes et à tous les groupes spécifiés. Conserver dans un dossier l'information sur la formation, notamment la date, l'heure et le contenu de la formation, les noms des formateurs et la signature des participants.

Motifs

Les membres du personnel ont omis de veiller à ce que l'on réponde aux besoins en matière de soins palliatifs d'une personne résidente, ce qu'exige pourtant le paragraphe 61 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22; en effet, ils n'ont pas effectué les évaluations requises en matière de soins palliatifs, n'ont pas mis en œuvre des

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District du Nord

159, rue Cedar, bureau 403

Sudbury (Ontario) P3E 6A5

Téléphone : 800-663-6965

interventions uniformes pour répondre aux besoins de la personne résidente en matière de soins palliatifs et n'ont pas toujours consigné les renseignements au moyen des outils requis.

Sources : Rapport du SIC; dossiers médicaux d'une personne résidente; programme de soins palliatifs du foyer; entretien avec la directrice ou le directeur des opérations et de la conformité.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le : 1^{er} mai 2026

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District du Nord

159, rue Cedar, bureau 403

Sudbury (Ontario) P3E 6A5

Téléphone : 800-663-6965

RENSEIGNEMENTS SUR LA RÉVISION/L'APPEL

PRENDRE ACTE

Le titulaire de permis a le droit de demander une révision par le directeur du ou des présents ordres et/ou du présent avis de pénalité administrative (APA) conformément à l'article 169 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (la Loi).

Le titulaire de permis peut demander au directeur de suspendre le ou les présents ordres en attendant la révision. Si un titulaire de licence demande la révision d'un APA, l'obligation de payer est suspendue jusqu'à la décision de la révision.

Remarque : En vertu de la Loi, les frais de réinspection ne peuvent faire l'objet d'une révision par le directeur ou d'un appel auprès de la Commission d'appel et de révision des services de santé (CARSS). La demande de révision par le directeur doit être présentée par écrit et signifiée au directeur dans les 28 jours suivant la date de signification de l'ordre ou de l'APA au titulaire de permis.

La demande écrite de révision doit comprendre :

- (a) les parties de l'ordre ou de l'APA pour lesquelles la révision est demandée;
- (b) toute observation que le titulaire de permis souhaite que le directeur prenne en considération;
- (c) une adresse de signification pour le titulaire de permis.

La demande écrite de révision doit être signifiée en mains propres, par courrier recommandé, par courriel ou par service de messagerie commerciale à la personne indiquée ci-dessous.

Directeur

a/s du coordonnateur des appels

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée du

ministère des Soins de longue durée

438, avenue University, 8^e étage

Toronto (Ontario) M7A 1N3

Courriel : MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca

Si la signification se fait :

- (a) par courrier recommandé, elle est réputée être effectuée le cinquième jour après le

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District du Nord

159, rue Cedar, bureau 403

Sudbury (Ontario) P3E 6A5

Téléphone : 800-663-6965

jour de l'envoi;

(b) par courriel, elle est réputée être effectuée le jour suivant, si le document a été signifié après 16 h;

(c) par service de messagerie commerciale, elle est réputée être effectuée le deuxième jour ouvrable après la réception du document par le service de messagerie commerciale.

Si une copie de la décision du directeur n'est pas signifiée au titulaire de permis dans les 28 jours suivant la réception de la demande de révision du titulaire de permis, le ou les présents ordres et/ou le présent APA sont réputés confirmés par le directeur et, aux fins d'un appel devant la CARSS, le directeur est réputé avoir signifié au titulaire de permis une copie de ladite décision à l'expiration de la période de 28 jours.

En vertu de l'article 170 de la Loi, le titulaire de permis a le droit d'interjeter appel de l'une ou l'autre des décisions suivantes auprès de la CARSS :

(a) un ordre donné par le directeur en vertu des articles 155 à 159 de la Loi;

(b) un APA délivré par le directeur en vertu de l'article 158 de la Loi;

(c) la décision de révision du directeur, rendue en vertu de l'article 169 de la Loi, concernant l'ordre de conformité (art. 155) ou l'APA (art. 158) d'un inspecteur.

La CARSS est un tribunal indépendant qui n'a aucun lien avec le Ministère. Elle est établie par la législation pour examiner les questions relatives aux services de soins de santé. Si le titulaire de permis décide d'interjeter appel, il doit remettre un avis d'appel écrit dans les 28 jours suivant la date à laquelle il a reçu une copie de l'ordre, de l'APA ou de la décision du directeur qui fait l'objet de l'appel. L'avis d'appel doit être remis à la fois à la CARSS et au directeur.

Commission d'appel et de révision des services de santé

À l'attention du registrateur

151, rue Bloor Ouest, 9^e étage,

Toronto (Ontario) M5S 1S4

Directeur

a/s du coordonnateur des appels

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

Ministère des Soins de longue durée

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District du Nord

159, rue Cedar, bureau 403

Sudbury (Ontario) P3E 6A5

Téléphone : 800-663-6965

438, avenue University, 8^e étage

Toronto (Ontario) M7A 1N3

Courriel : MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca

Dès réception, la CARSS accusera réception de votre avis d'appel et vous fournira des instructions concernant la procédure d'appel et d'audience. Le titulaire de permis peut en savoir plus sur la CARSS en consultant le site Web www.hsarb.on.ca.