

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 Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Rapport public

Date d'émission du rapport : 4 décembre 2025

Numéro d'inspection : 2025-1400-0006

Type d'inspection :

Incident critique
Suivi

Titulaire de permis : Caessant-Care Nursing and Retirement Homes Limited

Foyer de soins de longue durée et ville : Caessant Care sur le chemin McLaughlin,
Lindsay

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 17 au 19, le 21, du 24 au 28 novembre 2025 et du 1^{er} au 4 décembre 2025.

L'inspection a eu lieu à distance à la date suivante : le 1^{er} décembre 2025

Les inspections concernaient :

- Un suivi de signalement concernant l'ordre de conformité n° 001/2025-1400-0004, paragraphe 59 b) du Règl. de l'Ont. 246/22, Altercations et autres interactions entre les personnes résidentes, date limite de mise en conformité : le 17 novembre 2025.
- Un signalement lié à une allégation de mauvais traitements d'ordre sexuel envers une personne résidente.
- Un signalement lié à une personne résidente manquante.
- Un signalement lié à la chute d'une personne résidente ayant entraîné une blessure.
- Un signalement lié aux soins inappropriés prodigués à une personne résidente.
- Un signalement lié à de la négligence envers des personnes résidentes.
- Un signalement lié à une altercation présumée de mauvais traitements d'ordre physique ou verbal entre des personnes résidentes.
- Un signalement lié à la chute d'une personne résidente ayant entraîné une blessure.
- Un signalement lié à des soins inadéquats prodigués à une personne résidente.
- Un signalement lié à des soins inadéquats prodigués à une personne résidente ayant entraîné une chute depuis le lève-personne mécanique.

Ordres de conformité délivrés antérieurement

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 Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

L'inspection a établi la conformité à l'ordre ou aux ordres de conformité suivants délivrés antérieurement :

Ordre n° 001 de l'inspection n° 2025-1400-0004 aux termes du paragraphe 59 (b) du Règl. de l'Ont., 246/22

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

- Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
- Foyer sûr et sécuritaire
- Prévention et contrôle des infections
- Prévention des mauvais traitements et de la négligence
- Comportements réactifs
- Gestion de la douleur
- Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Droit à la protection contre les mauvais traitements et la négligence

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

Non-respect de : l'alinéa 3 (1) 5. de la LRSLD (2021)

Déclaration des droits des résidents

Paragraphe 3 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au plein respect et à la promotion des droits suivants des résidents :

5. Le résident a droit à la protection contre la négligence de la part du titulaire de permis et du personnel.

À deux reprises, une personne résidente n'a pas reçu d'aide pour les soins. Le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) a indiqué que la personne résidente était négligée lorsqu'elle ne recevait pas les soins demandés.

Sources : rapport d'incident critique, dossiers cliniques de la personne résidente et entretiens avec les membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Comportements réactifs

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

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 Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Non-respect de : l'alinéa 6 (4) b) de la LRSLD (2021)

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.

1. Le médecin n'a été contacté que cinq jours après avoir reçu des résultats de laboratoire positifs, ce qui a retardé la prescription d'un traitement. Il y a eu un retard dans la collaboration avec le médecin pour traiter la personne résidente.

Sources : rapport d'incident critique, dossiers cliniques d'une personne résidente et entretien avec les membres du personnel.

2. Une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) n'a pas collaboré à la mise en œuvre du programme de soins d'une personne résidente, car elle n'a pas informé les autres membres du personnel qu'une personne résidente avait demandé à ce que des soins lui soient prodigués.

Sources : rapport d'incident critique, dossiers cliniques d'une personne résidente et entretiens avec les membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Documentation

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

Non-respect de : l'alinéa 6 (g) 2. de la LRSLD (2021)

Programme de soins

Paragraphe 6 (g) Le titulaire de permis veille à ce que les éléments suivants soient documentés :

2. Les résultats des soins prévus dans le programme de soins.

Trois personnes préposées aux services de soutien personnel ont mal documenté les résultats des soins prodigués aux personnes résidentes. En particulier, les documents indiquaient que la personne résidente avait reçu un bain, alors que ce n'était pas le cas.

Sources : rapport d'incident critique, dossiers d'enquête interne et entretien avec des membres du personnel.

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 Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

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

Non-respect de : l'alinéa 6 (10) b) de la LRSLD (2021)

Programme de soins

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

b) les besoins du résident en matière de soins évoluent ou les soins prévus dans le programme ne sont plus nécessaires;

Après une chute, les besoins en soins d'une personne résidente ont changé en raison d'un nouveau risque de chute et de douleurs. Le ou la DSI a confirmé que le programme de soins provisoire aurait dû être mis à jour immédiatement, mais les mesures d'intervention de prévention des chutes et les mesures d'intervention contre la douleur ont été retardées de 9 et 11 jours respectivement, à partir du moment où elles ont été signalées pour la première fois.

Sources : dossiers cliniques d'une personne résidente et entretien avec les membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

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

Non-respect de : l'alinéa 28 (1) 2. de la LRSLD (2021)

Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

Paragraphe 28 (1) Quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner que l'un ou l'autre des cas suivants s'est produit ou peut se produire fait immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et communique les renseignements sur lesquels ils sont fondés :

2. Les mauvais traitements infligés à un résident par qui que ce soit ou la négligence envers un résident de la part du titulaire de permis ou du personnel, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident.

1. Une PSSP n'a pas immédiatement informé le directeur ou la directrice lorsqu'une personne résidente a exprimé ses craintes de recevoir des mauvais traitements de la part des membres du personnel.

Sources : rapport d'incident critique, notes d'enquête interne, politique et marche à suivre

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 Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

en matière de tolérance zéro à l'égard des mauvais traitements et de la négligence.

2. Le ou la responsable de l'alimentation et de la nutrition et le directeur général ou la directrice générale (DG) n'ont pas immédiatement signalé au directeur ou à la directrice les soupçons de négligence lorsqu'ils se sont aperçus que quatre personnes résidentes ne recevaient pas le bain qui leur avait été assigné. Deux personnes préposées aux services de soutien personnel (PSSP) ont fait part au responsable ou à la responsable de l'alimentation et de la nutrition de leurs préoccupations concernant le fait que quatre personnes résidentes ne semblaient pas avoir reçu de bain, alors que les documents indiquaient qu'il avait été donné au cours du quart de travail précédent. Le ou la responsable de l'alimentation et de la nutrition et le ou la DG ont commencé leur enquête en examinant la documentation et la vidéosurveillance. Rien n'indique que des bains ont été fournis à trois des personnes résidentes. Le directeur ou la directrice a été informé(e) de la négligence présumée le lendemain à 16 h 10.

Sources : rapport d'incident critique, enquête interne et entretien avec les membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Techniques de transfert et de changement de position

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

Non-respect de : l'article 40 du Règl. de l'Ont. 246/22

Techniques de transfert et de changement de position

Article 40 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les membres du personnel utilisent des appareils ou des techniques de transfert et de changement de position sécuritaires lorsqu'ils aident les résidents.

Une PSSP et une PSSP étudiante n'ont pas respecté les techniques de transfert sécurisées lorsqu'elles ont aidé une personne résidente à l'aide d'un lève-personne mécanique. La personne résidente a été transférée alors qu'elle était agitée et est tombée du harnais.

Sources : rapport d'incident critique, enquête interne, dossier clinique d'une personne résidente et entretiens avec les membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Programmes obligatoires

Problème de conformité n° 007 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 53 (1) 4. du Règl. de l'Ont. 246/22

Programmes obligatoires

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 Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Paragraphe 53 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soient élaborés et mis en œuvre au foyer les programmes interdisciplinaires suivants :

4. Un programme de gestion de la douleur visant à déceler la douleur chez les résidents et à la gérer. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 53 (1); Règl. de l'Ont. 66/23, art. 10.

La politique du foyer n'a pas été suivie par le personnel, après qu'une personne résidente a signalé une chute. La comparaison des dossiers cliniques et des évaluations après la chute a révélé une documentation inexacte et incomplète, contribuant à plusieurs jours de douleur non gérée. Un infirmier autorisé ou une infirmière autorisée (IA) et le ou la DSI ont confirmé qu'une rééducation avait été effectuée lorsque des lacunes avaient été identifiées dans la réalisation des outils d'évaluation de la douleur à 72 heures. Le ou la DSI a confirmé que la douleur non gérée de la personne résidente un jour donné répondait aux critères de notification au médecin, ce qui n'a pas été fait.

Sources : dossier clinique d'une personne résidente, politique du foyer de soins de longue durée concernant la marche à suivre du programme de gestion de la douleur (Pain Management Program Procedure) et entretiens avec les membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes

Problème de conformité n° 008 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 54 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Prévention et gestion des chutes

Paragraphe 54 (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, si l'état ou la situation du résident l'exige, une évaluation postérieure à sa chute soit effectuée au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour les chutes. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 54 (2); Règl. de l'Ont. 66/23, art. 11.

Une personne résidente a fait une chute. Le ou la DSI a indiqué que l'IA n'avait pas évalué la personne résidente et qu'il ou elle avait falsifié les documents relatifs à l'évaluation après la chute.

Sources : rapport d'incident critique, notes d'enquête, évaluations après la chute d'une personne résidente et entretien avec les membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Facilitation des selles et soins liés à l'incontinence

Problème de conformité n° 009 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

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 Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Non-respect de : l'alinéa 56 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Facilitation des selles et soins liés à l'incontinence

Paragraphe 56 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

b) chaque résident ayant des problèmes d'incontinence a un plan individuel, fondé sur l'évaluation, qui fait partie de son programme de soins et qui vise à favoriser et à gérer la continence intestinale et vésicale et ce plan est mis en œuvre.

À deux reprises, une personne résidente n'a pas reçu d'aide pour se rendre à la salle de bains, comme elle l'avait demandé. Le ou la DSI a indiqué que les produits pour incontinence souillés de la personne résidente auraient dû être changés, conformément au programme de soins de la personne résidente.

Sources : dossiers cliniques d'une personne résidente et entretiens avec les membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Comportements réactifs

Problème de conformité n° 010 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 58 (1) 1. du Règl. de l'Ont. 246/22

Comportements réactifs

Paragraphe 58 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à l'élaboration de ce qui suit pour répondre aux besoins des résidents qui affichent des comportements réactifs :

1. Des méthodes écrites en matière de soins, notamment des protocoles de dépistage, des évaluations, des réévaluations et l'identification des comportements déclencheurs pouvant donner lieu à des comportements réactifs, notamment sur le plan cognitif, physique, affectif, social ou environnemental.

Une personne résidente n'a pas été examinée lors de son admission à l'aide de l'évaluation des risques d'errance et de fugue (Wandering & Elopement Risk Assessment), conformément à la politique du titulaire de permis. La personne résidente s'est enfuie du foyer à une date précise. Conformément à l'alinéa 11 (1) (b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis devait s'assurer qu'il existait des méthodes écrites en matière de soins, notamment des protocoles de dépistage, des évaluations, des réévaluations et l'identification des comportements déclencheurs pouvant donner lieu à des comportements réactifs, notamment sur le plan cognitif, physique, affectif, social ou environnemental ou autres, et que ces approches étaient respectées.

Sources : rapport d'incident critique, dossiers cliniques d'une personne résidente et

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 Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

entretien avec les membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Comportements réactifs

Problème de conformité n° 011 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 58 (4) c) du Règl. de l'Ont. 246/22

Comportements réactifs

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

c) des mesures sont prises pour répondre aux besoins du résident, notamment des évaluations, des réévaluations et des interventions, et les réactions du résident aux interventions sont documentées.

1. Une personne résidente a accusé le personnel d'agression pendant les soins personnels et s'est enfuie du bâtiment le même jour. Selon l'enquête interne, un délire a été suspecté et un échantillon de laboratoire a été prélevé. La politique du titulaire de permis demandait à l'IA de remplir l'outil d'évaluation de la confusion (Confusion Assessment Method) pour dépister le délire, mais cette méthode n'a pas été remplie.

Sources : rapport d'incident critique, dossiers cliniques d'une personne résidente et entretien avec des membres du personnel.

2. Une personne résidente s'est vue attribuer des évaluations de 30 minutes, en utilisant un outil d'évaluation du système d'observation de la démence aux termes du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement (BSO-DOS) pour la documentation. L'outil d'évaluation ne reflétait pas correctement l'état de santé de la personne résidente au moment de la fugue.

Sources : rapport d'incident critique, dossiers cliniques d'une personne résidente et entretien avec les membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

Problème de conformité n° 012 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programme de prévention et de contrôle des infections

Paragraphe 102 (2) Le titulaire de permis met en œuvre ce qui suit :

b) les normes ou protocoles que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 102 (2).

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 Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Conformément à l'exigence supplémentaire 10.2 (a) de la Norme de PCI pour les foyers de soins de longue durée (avril 2022, révisée en septembre 2023), les personnes résidentes n'ont pas eu l'occasion de se laver les mains après une activité de groupe impliquant du matériel partagé. Le foyer avait été déclaré en épidémie à l'échelle du foyer.

Sources : observations et entretien avec les membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

Problème de conformité n° 013 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 102 (8) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programme de prévention et de contrôle des infections

Paragraphe 102 (8) Le titulaire de permis veille à ce que tout le personnel participe à la mise en œuvre du programme, notamment tous les membres de l'équipe de leadership, y compris l'administrateur, le directeur médical, le directeur des soins infirmiers et des soins personnels, et le responsable de la prévention et du contrôle des infections. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 102 (8).

1. L'évaluation du dépistage des infections (Infection Screening Evaluation) n'a pas été effectuée lorsqu'une personne résidente présentait des signes et des symptômes d'une infection présumée.

Sources : rapport d'incident critique, dossiers cliniques d'une personne résidente, et politique et marche à suivre pour la surveillance quotidienne de la PCI (IPAC Daily Surveillance P and P).

2. Le lendemain du jour où le foyer a été déclaré en situation d'épidémie à l'échelle du foyer, l'inspecteur ou l'inspectrice a constaté qu'il n'y avait pas d'affiche de notification d'épidémie à l'entrée du foyer, pour informer les personnes.

Sources : observation, politique de gestion des épidémies du foyer (Outbreak Management Policy).

AVIS ÉCRIT : Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

Problème de conformité n° 014 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 103 d) du Règl. de l'Ont. 246/22

Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

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 Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Article 103 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que sa politique écrite, prévue à l'article 25 de la Loi, visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents réunisse les conditions suivantes :

(d) elle indique la façon dont sera menée l'enquête sur les allégations de mauvais traitements et de négligence, notamment qui sera chargé de l'enquête et qui en sera avisé;

L'ancien ou l'ancienne DSI n'a pas veillé à ce que toutes les personnes soient interrogées au cours d'une enquête sur une allégation de mauvais traitements d'ordre sexuel, y compris les collègues de travail et les autres témoins.

Sources : rapport d'incident critique, politique de tolérance zéro à l'égard des mauvais traitements et de la négligence (Zero Tolerance of Abuse and Neglect Policy), et entretien avec les membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Rapports : incidents graves

Problème de conformité n° 015 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 115 (4) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Rapports : incidents graves

Par. 115 (4) S'il survient un incident qui cause une lésion à un résident et nécessite son transport à un hôpital, mais que le titulaire de permis n'est pas en mesure d'établir dans un jour ouvrable si la lésion a provoqué un changement important dans l'état de santé du résident, le titulaire fait ce qui suit :

b) s'il établit que la lésion a provoqué un changement important dans l'état de santé du résident ou qu'il n'est toujours pas en mesure d'établir si cette lésion a provoqué un tel changement, il avise le directeur de l'incident au plus tard trois jours ouvrables après l'incident et il fait suivre le rapport exigé au paragraphe (5). Règl. de l'Ont. 246/22, par. 115 (4).

Une personne résidente est revenue de l'hôpital en raison de nouvelles douleurs et a informé le personnel qu'elle était tombée la veille. La personne résidente a continué à faire état de douleurs intenses dans les jours qui ont suivi la chute, ce qui a nécessité la prise de nouveaux médicaments, plus nombreux, pour le traitement. Le foyer n'a soumis un rapport d'incident critique que 10 jours après avoir pris connaissance de la chute.

Sources : rapport d'incident critique et entretien avec les membres du personnel.

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 001 Programmes obligatoires

Problème de conformité n° 016 Ordre de conformité en vertu de la disposition 154 (1) 2. de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 53 (1) 1. du Règl. de l'Ont. 246/22

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 Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Programmes obligatoires

Paragraphe 53 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soient élaborés et mis en œuvre au foyer les programmes interdisciplinaires suivants :

1. Un programme de prévention et de gestion des chutes visant à diminuer le nombre de chutes et les risques de blessure.

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

Le titulaire de permis doit se conformer à ce qui suit :

1. Faciliter les discussions structurées (par exemple, les réunions de soins infirmiers ou les réunions d'équipe), sous la direction du ou de la DSI ou de son représentant, afin d'explorer la manière dont le personnel autorisé peut maintenir la conformité avec le programme de prévention et de gestion des chutes.

- Encourager un dialogue ouvert afin de mettre au jour les problèmes systémiques ou de flux de travail.
- Documenter toute la rétroaction, y compris les dates, les points de discussion et les noms des personnes participantes.

2. Élaborer et mettre en œuvre un plan.

Sur la base des renseignements recueillis auprès du personnel infirmier, le titulaire de permis doit élaborer, mettre en œuvre et documenter un plan visant à garantir que le personnel infirmier se conforme au programme de prévention et de gestion des chutes.

Motifs

L'alinéa 11 (1) b) du Règlement de l'Ontario 246/22 exige que le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée dispose, mette en place ou instaure un programme de prévention et de gestion des chutes et veille à ce que ce programme soit respecté.

1. Une personne résidente a fait une chute et a été soulevée du sol sans l'aide d'un lève-personne mécanique, comme le prévoit la politique du foyer.

Le fait de ne pas avoir suivi le programme de gestion des chutes et la marche à suivre concernant la gestion après une chute (Fall Management Program – Post-Fall Management Procedure) du foyer en utilisant un lève-personne mécanique avec un harnais pour aider la personne résidente à se relever, a exposé la personne résidente à un risque de préjudice supplémentaire.

Sources : rapport d'incident critique, notes d'enquête, programme de gestion des chutes et marche à suivre concernant la gestion après une chute (Fall Management Program – Post-

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 Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Fall Management Procedure) du foyer, et entretien avec les membres du personnel.

2. Une personne résidente a signalé une chute survenue la veille. La routine de blessure à la tête, l'évaluation des risques de chute et les mesures d'intervention en cas de chute prévues dans le programme de soins provisoire étaient soit retardées, soit incomplètes. En outre, les notes d'évolution des incidents de chute d'une équipe à l'autre au bout de 72 heures et les vérifications du dossier électronique d'administration des traitements n'ont pas été effectuées conformément à la politique en vigueur.

Une personne résidente a été exposée à un risque accru de chute lorsque le personnel infirmier autorisé a manqué ou retardé le début des évaluations, des réévaluations et des mesures d'intervention en cas de chute, conformément à la politique du foyer.

Sources : programme de gestion des chutes et marche à suivre concernant la gestion après une chute (Fall Management Program – Post-Fall Management Procedure) du foyer, dossiers cliniques d'une personne résidente, entretien avec les membres du personnel.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le : 27 février 2026

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 Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

RENSEIGNEMENTS SUR LA RÉVISION/L'APPEL

PRENDRE ACTE Le titulaire de permis a le droit de demander une révision par le directeur ou la directrice de ces ordres ou de cet avis de pénalité administrative conformément à l'article 169 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (la Loi). Le titulaire de permis peut demander au directeur de suspendre le ou les présents ordres en attendant la révision. Si un titulaire de permis demande la révision d'un APA, l'obligation de payer est suspendue jusqu'à la décision de la révision.

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

La demande écrite de révision doit comprendre :

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

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

Directeur

a/s du coordonnateur des appels
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée
Ministère des Soins de longue durée
438, avenue University, 8^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 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

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 Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

ouvrable après la réception du document par le service de messagerie commerciale.

Si une copie de la décision du directeur ou de la directrice n'est pas signifiée au titulaire de permis dans les 28 jours suivants, 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 ou la directrice et, aux fins d'un appel devant la CARSS, le directeur ou la directrice est réputé(e) 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 ou la directrice en vertu des articles 155 à 159 de la Loi;
- b) un APA délivré par le directeur ou la directrice 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 suivants la date à laquelle il a reçu une copie de l'ordre, de l'APA ou de la décision du directeur ou de la directrice 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
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.